



Inkoopbeleid Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en Eerstelijnsverblijf (ELV) 2027-2028

Versie: 1.0

Datum: 1 april 2026

Wat leest u in dit inkoopbeleid?

Belangrijkste wijzigingen	1
Wat we willen bereiken	2
Zorg die wij inkopen	8
Voorwaarden overeenkomst	10
Tarieven en volume	11
Contracteerprocedure	15
Planning en termijnen	16
Naleving en controle	17
Aanvullingen en wijzigingen	18
Bijlage 1: Inkoopvoorwaarden ELV en GRZ	19
Bijlage 2: Financieel beleid GRZ	27
Bijlage 3: Financieel beleid ELV	29
Bijlage 4: Afbakening vormen van tijdelijk verblijf	31

Belangrijkste wijzigingen

In dit hoofdstuk hebben wij voor u de belangrijkste wijzigingen in het inkoopbeleid 2027-2028 ten opzichte van het inkoopbeleid 2025-2026 op een rij gezet. Lees voor alle wijzigingen ook de overige hoofdstukken.

In 2027 en 2028 maken wij afspraken over de benodigde toekomstige capaciteit van ELV en GRZ.

Binnen de regio voeren we gesprekken met u over de verwachte zorgvraag in relatie tot het zorgaanbod. Samen met Zilveren Kruis zorgkantoor zetten we ook strategische vastgoedvraagstukken op de agenda, wanneer dit relevant is. We breiden het aantal gecontracteerde ELV- en GRZ-plaatsen niet uit.

Met ingang van 2027 wordt alle ambulante GRZ via reguliere prestaties gefinancierd.

Vanuit het thema 'zorg thuis of dichterbij' stimuleren we de ontwikkeling van geriatrische revalidatiezorg bij de verzekerde thuis. Met een klinische start of direct ambulant. Zo leren we steeds beter wat werkt. Het uitgangspunt is dat ambulante GRZ-trajecten ter vervanging van GRZ met verblijf worden ingezet. Met ingang van 2027 wordt alle ambulante GRZ via reguliere ambulante GRZ-prestaties gefinancierd.

Het maximum aantal electieve orthopedie-trajecten is 10% van het totaal aantal GRZ-trajecten.

Na een electieve heup- of knieoperatie kan herstel voor bijna iedere verzekerde veilig en effectief thuis plaatsvinden. Hiermee bewegen we in heel Nederland toe naar revalidatie en herstel in de eigen leefomgeving. Best-practice regio's laten zien dat dit mogelijk is en aansluit bij de wensen van de verzekerden. We verwachten van GRZ-zorgaanbieders dat ze met het ziekenhuis regionaal afspraken maken over het zorgpad electieve orthopedie. Voor GRZ-zorgaanbieders stellen we een maximum aantal trajecten electieve orthopedie van 10% van het totaal aantal GRZ-trajecten bij de zorgaanbieder. We nemen het aandeel electieve orthopedie van een GRZ-zorgaanbieder mee in de bepaling van het omzetplafond. Electieve orthopedie wordt uitgesloten in het doelmatigheidsbeleid, omdat het afbouwen van electieve orthopedie een negatieve impact kan hebben op de te behalen doelmatigheidsafspraken.

Verzekerden kunnen thuiszorgtechnologie meenemen bij verplaatsing in de zorgketen.

Dit bevordert de continuïteit van de inzet van thuiszorgtechnologie. Als de verzekerde tijdelijk wordt opgenomen in ELV of GRZ maken wij mogelijk dat zij de toepassing vanuit wijkverpleging kan meenemen. Die declareert u via de wijkverpleging prestatie voor thuiszorgtechnologie.

Wat we willen bereiken

Lees in dit hoofdstuk over de kern van ons inkoopbeleid. En wat we met het inkoopbeleid willen bereiken.

We werken als zorgverzekeraar en zorgkantoor vanuit één verhaallijn voor ouderenzorg.

Zilveren Kruis en zorgkantoor Zilveren Kruis ontwikkelen samen het inkoopbeleid voor ouderenzorg. Waardevolle input van ouderen(vertegenwoordiging), zorgaanbieders en andere partijen uit het veld geeft hieraan richting. Dat begint bij een gezamenlijke verhaallijn: we versterken samen de beweging naar toekomstbestendige ouderenzorg richting 2030. Dit doen we omdat de zorg voor ouderen niet stopt bij de grenzen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (WLz). Door samen te werken over deze domeinen heen, sluiten we beter aan op wat ouderen echt nodig hebben. Dit helpt bij het maken van keuzes voor passende, tijdige en betaalbare zorg. Voor zorg thuis en voor zorg met verblijf. In onze kernregio's werken we ook samen met het sociaal domein. We vragen van u hetzelfde integrale perspectief. U speelt namelijk een belangrijke rol in alle domeinen. Zo bouwen we samen aan een helder en samenhangend beleid voor 2027 en de jaren daarna.

Van zorg naar gewoon leven

De beweging van zorg naar gewoon leven is het fundament voor ons inkoopbeleid als zorgverzekeraar en zorgkantoor. Hiermee geven we invulling aan de maatschappelijke opgave. Ouderen willen zo lang mogelijk leven zoals ze gewend zijn: in hun eigen buurt, met eigen regie en samen met hun netwerk en een zorgzame gemeenschap. U speelt als zorgaanbieder een essentiële rol om dit te stimuleren en daarbij aan te sluiten. De formele zorg vult aan wat mensen zelf, met hulp van hun omgeving of met digitale ondersteuning niet kunnen. Deze beweging vraagt dat u domeinen overstijgt, schaarse professionals gericht inzet en zorg levert die past bij het leven van onze verzekerden.

Met 5 thema's werken we aan een toekomstbestendige ouderenzorg in 2030.

Deze thema's geven invulling aan de beweging van zorg naar gewoon leven en vormen de structuur van het nieuwe inkoopbeleid. We willen inspireren om vanuit deze 5 thema's in 2027 en 2028 samen met ketenpartners in de regio aan de slag te gaan. Ook moedigen we u aan om goede voorbeelden van anderen over te nemen.

1. Samen doen

In de zorgzame gemeenschap zetten we in op zorgen mét en vóór elkaar. Formele zorg wordt daarbij alleen ingezet wanneer het echt nodig is. Onderzoek laat zien dat deze manier van samen leven leidt tot minder eenzaamheid, meer zelfredzaamheid en lagere zorgkosten. Dat blijkt onder andere uit succesvolle zorgcoöperaties en Langleven Thuisflats. De komende jaren bouwen we verder aan netwerken van zorgzame gemeenschappen. Per regio maken we gezamenlijke afspraken over ondersteuning, preventie en lokale initiatieven. Zo creëren we samen een sterke basis, waardoor ouderen langer thuis kunnen wonen en professionals worden ontlast.

2. Zelf en digitaal, tenzij

Het gedachtegoed van reablement wordt het leidend principe voor verzekerden, de gemeenschap en voor zorgaanbieders. Het versterkt daarmee de beweging van zorg naar gewoon leven. Deze manier van werken vergroot zelfredzaamheid en voorkomt onnodige zorgafhankelijkheid. Professionals versterken wat iemand zelf doet, helpen vaardigheden opnieuw aan te leren en zetten hulpmiddelen slim in. Zo blijft het dagelijks leven zo gewoon mogelijk. Digitale ondersteuning versterkt dit. Zorgtechnologie, zoals slimme dispensers, dagstructuurrobots en beeldzorg zijn inmiddels het nieuwe normaal. Het geeft ouderen meer regie en geeft professionals meer ruimte. Verzekerden nemen hun technologie van thuis mee naar ELV, GRZ of langdurige zorg.

3. Zorg thuis en dichterbij

U verplaatst zorg naar huis of de eigen leefomgeving waar dat kan. Dit geldt voor zowel de Zvw als de WLz. Denk aan GRZ thuis en regionale afstemming van het aantal bedden voor tijdelijk verblijf over domeinen heen. Thuis als het kan is het uitgangspunt in de WLz voor elke zorgzwaarte en doelgroep. Door meer zorg thuis te organiseren blijft (langdurige) zorg met verblijf beschikbaar voor ouderen die dat écht nodig hebben. En werken we vanuit onze maatschappelijke opgave aan de

betaalbaarheid van de zorg in Nederland. Voor ouderen betekent dit in de eigen omgeving blijven, minder reizen, meer eigen regie en zorg die beter aansluit bij het gewone leven.

4. Zorg is tijdelijk en zoals thuis

Zorg is bij voorkeur tijdelijk en gericht op herstel. Tijdelijk verblijf (ELV, GRZ en Wlz) ondersteunt herstel van zelfstandigheid. Zo blijft terugkeer naar huis mogelijk en duurt de behandeling niet langer dan nodig. Behandeling is kortdurend, gericht op reablement en wordt ondersteund door technologie en hulpmiddelen. Daarnaast versterken we logeerszorg en zorgen we voor passende capaciteit voor tijdelijk verblijf. Ook langdurige zorg met verblijf is zoveel mogelijk thuis en verbonden met de wijk. Zo benutten we behandelcapaciteit optimaal en houden we langdurige zorg met verblijf toegankelijk voor ouderen met de meest intensieve of complexe zorgvragen.

5. Samenwerking in het zorglandschap

Een toekomstbestendig zorglandschap vraagt om duidelijke regionale afspraken, coördinatie en multidisciplinaire samenwerking. Zorgaanbieders kennen de wijk en regio goed. Ze werken samen met elkaar, de eerste lijn, het sociaal domein en ziekenhuizen. Zo hoeven ouderen hun verhaal maar 1 keer te vertellen. We bouwen aan herkenbare en aanspreekbare teams in de wijk en versterken de eerste lijn. Functies en (essentiële) voorzieningen organiseren we regionaal slimmer, denk aan behandeling of zorg in de nacht. Zo ontstaat een samenhangend zorglandschap waarin iedereen de juiste rol vervult. Ouderen bewegen daardoor soepel door de keten.

Vanuit bovenstaande verhaallijn hebben we inkoopbeleid voor ELV en GRZ ontwikkeld. Hieronder leest u wat we willen bereiken in 2027 en 2028.

In 2027 en 2028 maken wij afspraken over de benodigde toekomstige capaciteit van ELV en GRZ.

Vanuit de maatschappelijke opgave om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg te borgen vinden we het belangrijk dat de benodigde toekomstige capaciteit aansluit bij de zorgvraag. We voeren met u het gesprek samen met Zilveren Kruis zorgkantoor. Het vertrekpunt is de verwachting van de zorgvraag en de benodigde capaciteit in de regio. Bij de analyse van de verwachte zorgvraag houden we rekening met o.a. de demografische groei, de veranderde zorgvraag doordat steeds meer mensen in de thuisomgeving oud worden en de toenemende mogelijkheden om zorg thuis te bieden. Binnen de regio bespreken we de regionale potentie om opnames te voorkomen of opnames te verkorten door zorg anders te organiseren. Ook nemen we in dit gesprek signalen mee over leegstand en signalen over knelpunten en oplossingen in de keten. We vragen u uw vastgoedstrategie op aanvraag met ons te delen.

Het aantal gecontracteerde GRZ- en ELV-plaatsen kan niet worden uitgebreid, met uitzondering van ELV PTZ.

Dit geldt zowel voor nieuwe locaties als voor bestaande locaties. Herverdelingsvraagstukken in de regio stemt u met ons af. Wij beoordelen de regionale vraag en kijken naar de mogelijkheden om met bestaande GRZ- en ELV-plaatsen meer verzekeren op te nemen. Bijvoorbeeld door een deel van de bestaande zorg (eerder) te verplaatsen naar huis. We maken een uitzondering voor ELV PTZ, waarvoor we geen plafond hanteren. Meer over palliatieve zorg leest u later in dit hoofdstuk.

Stem met ons af voordat u afspraken met partners maakt over het verbeteren van de doorstroom naar GRZ of ELV.

Denk hierbij aan het eerder doorstromen van verzekeren vanuit het ziekenhuis. Op deze manier kunnen we van tevoren afspraken maken hoe deze initiatieven een deel van de bestaande (ziekenhuis)zorg vervangen, welke budgetverschuivingen hiermee gerealiseerd worden en welke mogelijkheden er gezien worden om deze zorg (deels) thuis te organiseren.

We sluiten met ELV/GRZ aan bij het beleid van Zilveren Kruis zorgkantoor op vastgoedvraagstukken in onze kernregio's.

Passende huisvesting en passende zorg gaan hand in hand. Omdat zorgaanbieders vaak zowel ELV/GRZ als Wlz-zorg bieden vinden wij het belangrijk om aan te sluiten op de vastgoedvraagstukken in de Wlz. Er is een toegankelijk aanbod van kwalitatief zorgvastgoed nodig dat aansluit bij de toekomstige zorgvraag in de regio.

We verwachten van u dat:

- U uw zorg- en vastgoedexploitatie separaat inzichtelijk heeft. Daarmee heeft u zicht op de kosten van uw vastgoed en de inkomsten die u hiervoor ontvangt, los van zorgexploitatie. Zilveren Kruis vindt het onwenselijk dat zorgaanbieders - waar van toepassing - NHC-inkomsten inzetten om tekorten op zorg te compenseren.
- U goed zicht heeft op uw eigen vastgoedportefeuille en een lange termijnvisie heeft op uw vastgoed, die aansluit bij uw zorgvisie. Dit is verankerd in een strategisch huisvestingsplan dat wij bij u kunnen opvragen. Ook de duurzaamheidsopgave waar uw organisatie voor staat is integraal onderdeel van het strategisch huisvestingsplan.

- U Zilveren Kruis informeert en waar nodig betreft bij keuzes over verouderd vastgoed. Deze keuzes dragen bij aan de beschikbaarheid van voldoende passend vastgoed in de regio.

In lijn met de aanpak vanuit het Zilveren Kruis zorgkantoor gaan we gezamenlijk in gesprek met zorgaanbieders waar wij risico's zien, bijvoorbeeld door de combinatie van verouderd vastgoed en een slechte financiële situatie. Waar nodig stimuleren wij zorgaanbieders tot het nemen van gepaste actie, om te komen tot een toekomstbestendige vastgoedportefeuille die noodzakelijk is voor de zorgvraag in de sector of regio.

We stimuleren de ontwikkeling van ambulante GRZ; met een klinische start of direct ambulant.

Vanuit het thema 'zorg thuis of dichterbij' stimuleren we de ontwikkeling van geriatrische revalidatiezorg vanuit de thuissituatie van de verzekerde. Met een klinische start of direct ambulant. Zo leren we steeds beter wat werkt. Het uitgangspunt is dat ambulante GRZ-trajecten ter vervanging van GRZ met verblijf worden ingezet. Met ingang van 2027 wordt alle ambulante GRZ via reguliere ambulante GRZ-prestaties gefinancierd. Het experiment 'Klinische-ambulante GRZ vanuit (zieken)huis' stopt per 2027.

Door geriatrische revalidatiezorg (deels) ambulant te bieden kunnen verzekerden in hun eigen woonsituatie optimaal revalideren, passend bij hun dagelijks leven. Digitale hulpmiddelen worden ingezet voor het monitoren, behandelen op afstand en ondersteunen van verzekerden in hun zelfregie op het revalidatieproces.

We bieden op termijn zoveel mogelijk verzekerden de optie om GRZ ambulant te ontvangen. Daarbij geloven we dat voor een kwalitatief goed en efficiënt georganiseerd ambulant aanbod een behoorlijke schaalgrootte nodig is. Van zorgaanbieders verwachten we een ambitieuze aanpak om ambulante zorg maximaal in te zetten waar dat mogelijk is en voor verzekerden passend is. De komende 2 jaar gebruiken we om samen met zorgaanbieders te onderzoeken waar dat optimum ligt en wat daarbij van belang is.

Wij vinden het belangrijk dat zorgaanbieders die een ambulant GRZ-aanbod ontwikkelen hierover afstemming zoeken in de regio, zodat het passend is bij een duurzaam zorglandschap. Samenwerkingsafspraken met verwijzers (huisartsen, ziekenhuizen), andere GRZ- en ELV-zorgaanbieders en overige betrokken partijen zien we als belangrijke voorwaarde om deze zorgpaden zorgvuldig en duurzaam te transformeren.

De diagnosegroep electieve orthopedie komt niet in aanmerking voor ambulante GRZ: deze diagnosegroep wordt in de eerste lijn behandeld of bij uitzondering (bijvoorbeeld in geval van complicaties) via klinische opname. In bijlage 1b vindt u alle aanvullende inkoopvoorwaarden voor ambulante GRZ.

Het maximum aantal electieve orthopedie trajecten is 10% van het totaal aantal GRZ-trajecten.

Na een electieve heup- of knieoperatie kan herstel voor vrijwel iedere verzekerde veilig en effectief thuis plaatsvinden. Hiermee bewegen we in heel Nederland toe naar revalidatie en herstel in de eigen leefomgeving. Dit past bij de wens van verzekerden om met de doelen aan de slag te gaan die passen bij hun eigen context. Best-practice regio's laten zien dat dit mogelijk is. Deze aanpak vraagt om duidelijke verwijzingsafspraken tussen ziekenhuizen en betrokken GRZ-zorgaanbieders en om een proactieve aanpak van het ziekenhuis voorafgaand aan een operatie. In lijn met vorig beleid werken we met het veld toe naar maximaal 2% van de verzekerden die na electieve orthopedie GRZ krijgt in 2029.

De afgelopen jaren stimuleerden we het gebruiken van een eenduidig en passend zorgpad, gericht op directe terugkeer naar huis. We zien echter dat het aandeel electieve orthopedie in de GRZ in sommige regio's opvallend hoog blijft. We verwachten van GRZ-zorgaanbieders dat ze met het ziekenhuis regionaal afspraken maken over het zorgpad electieve orthopedie.

Voor alle GRZ-zorgaanbieders stellen we dat maximaal 10% van uw totaal aantal GRZ-trajecten valt onder de diagnosegroep electieve orthopedie. Voor GRZ-zorgaanbieders met een aandeel van minder dan 10% electieve orthopedie op het totaal aantal GRZ-trajecten, is een gelijkblijvend of verminderd aandeel electieve orthopedie op het totaal aantal GRZ-trajecten het uitgangspunt. Voor grote zorgaanbieders nemen we het maximum van 10% electieve orthopedie mee in de bepaling van het omzetplafond. Meer hierover leest u in bijlage 2: Financieel beleid GRZ.

De diagnosecategorie electieve orthopedie wordt uitgesloten van het doelmatigheidsbeleid en bijbehorend doelmatigheidsmodel, omdat het afbouwen van electieve orthopedie een negatieve impact kan hebben op de te behalen doelmatigheidsafspraken.

We schalen ziekenhuiszorg in revalidatiesetting op met regionale ouderenklinieken.

Voor een groep kwetsbare, oudere verzekerden met acute problematiek zien we meerwaarde om ziekenhuiszorg anders vorm te geven. Ziekenhuizen en zorgaanbieders VVT zetten hiervoor regionale ouderenklinieken (ROK) op in samenwerking met huisartsen. Wij faciliteren de opschaling van deze zorg in 2026 naar 10 proeftuinen om verder te leren en te verbeteren. Dit doen we omdat naast de focus op goede medische zorg zoals in een regulier ziekenhuis, in een ROK ook aandacht is voor herstelgerichte ondersteuning en begeleiding. Door deze al tijdens de medische behandeling te bieden gaat de oudere minder achteruit. Behandelen en herstellen vindt plaats op één locatie, in plaats van na elkaar en op verschillende locaties. Zodat ouderen snel en zo fit mogelijk weer naar huis kunnen. Dit voorkomt nieuwe acute gezondheidsproblemen, haalt de druk af van de vaak overbelaste spoedeisende hulp en zorgt ervoor dat ouderen thuis hun leven weer zo zelfstandig mogelijk kunnen oppakken. Zo ontstaat er voor verzekerden een zorgcontinuüm: zorg thuis waar het kan, met verblijf waar het moet van tijdelijk verblijf tot aan ziekenhuiszorg. Zie ook de landelijke visie en voorwaarden van zorgverzekeraars op zn.nl/dossiers/kortdurende-zorg. We blijven in 2027 de resultaten volgen om samen met zorgaanbieders te leren en verbeteren. We streven naar het persoonsgericht financieren van deze zorg in de toekomst, hier wordt aan gewerkt in het experiment modulaire bekostiging.

Vanaf 2027 experimenteren we met nieuwe vormen van bekostiging voor tijdelijk verblijf.

Dit NZa-experiment maakt het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijk om te onderzoeken of modulaire bekostiging een goed alternatief is voor de huidige GRZ- en ELV-financiering. Wij vinden de beweging naar een toekomstbestendige financiering voor tijdelijk verblijf en behandeling thuis belangrijk. Hierover maken wij afspraken met enkele zorgaanbieders, die hiervoor al bij het opzetten van het experiment zijn benaderd. We starten experimenten vanuit ELV en GRZ op basis van maatwerk.

Palliatieve zorg wordt ingezet op basis van de behoefte van de verzekerde.

Wij willen voor onze verzekerden in de palliatieve fase en hun naasten zorg en begeleiding die de kwaliteit van leven en sterven verbetert. Het gesprek over wensen in de laatste levensfase wordt nog te weinig of niet tijdig gevoerd. Vroegtijdige markering van de palliatieve fase en proactieve zorgplanning zijn belangrijk, om het welbevinden en zelfregie te vergroten en samen beslissen te bevorderen. Het aanstellen van een centrale zorgverlener is in deze fase essentieel.

Palliatief terminale zorg (PTZ) wordt in de laatste levensfase ingezet om lijden te voorkomen of te verlichten.

Deze zorg wordt ingezet op basis van de behoefte van de verzekerde en naasten op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied. Op basis van de voorkeursplek van overlijden en de situatie maakt u een inschatting waar en hoe de best passende zorg kan worden geleverd. Bij een verzekerde die wenst thuis te overlijden, heeft u aandacht voor voldoende (in)formele ondersteuning. U maakt verblijf in een bijna-thuishuis (BTH) bespreekbaar in situaties waarin geen of onvoldoende mantelzorgers of vrijwilligers beschikbaar zijn. Als het noodzakelijk is dat verpleegkundige zorg continu aanwezig is dan biedt een High Care Hospice uitkomst.

De aanvullende voorwaarden voor het leveren van ELV PTZ zijn te vinden in bijlage 1c: aanvullende voorwaarden ELV-prestaties.

We bevorderen PTZ in een bijna-thuishuis (BTH).

Als er regionaal tekort aan PTZ is, zien we graag dat de capaciteit van BTH wordt uitgebreid. Een BTH sluit goed aan bij de visie van Zilveren Kruis op zorg in en uit de gemeenschap. Deze kleinschalige setting leunt sterk op de kracht van lokale betrokkenheid en de inzet van goed geschoolde vrijwilligers. Dit bevordert warme, nabij georganiseerde zorg, waarbij professionele ondersteuning en informele hulp elkaar aanvullen. We onderzoeken hoe we nieuwe BTH kunnen ondersteunen om een volwaardige plek in het zorglandschap te krijgen.

We vragen coördinatiefuncties om de beschikbare bedden in BTH vindbaar te maken en hiernaar te verwijzen. Zie hiervoor ook het [inkoopbeleid coördinatiefuncties 2027-2028](#).

Digitale en hybride zorg wordt standaard ingezet wanneer dit kan.

We hebben samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) enkele ambities geformuleerd. Die zijn:

- U informeert verzekerden dat u zorg digitaal aanbiedt waar mogelijk.
- U gebruikt digitale zorg om capaciteit vrij te spelen.
- U draagt bij aan het sneller invoeren en uitbreiden van digitale en hybride zorgpaden en processen.
- U gebruikt bewezen oplossingen die Digizo.nu heeft aangemerkt.
- U zorgt ervoor dat digitale en hybride zorg eenvoudig bereikbaar is voor iedereen op een manier die bij hen past.

Digitale ondersteuning kan ouderen helpen om zoveel mogelijk zelfstandig te blijven. We bevorderen dat digitale ondersteuning standaard wordt ingezet wanneer dit kan en een toegevoegde waarde heeft. Thuiszorgtechnologie, zoals slimme medicijndispensers, dagstructuur robots en beeldzorg, helpt om capaciteit vrij te spelen en ouderen regie te geven in lijn met reablement als leidend principe. De digitale vorm is het uitgangspunt wanneer deze passend is (conform het Zorginstituut: geen aanspraak op fysieke zorg als digitaal voldoet). We stimuleren opschaling van bewezen technologieën en digitale inclusie voor verzekerden en mantelzorgers. Zo houden we schaarse professionals beschikbaar voor zorg die alleen fysiek kan worden geleverd.

We maken mogelijk dat verzekerden thuiszorgtechnologie meenemen bij verplaatsing in de zorgketen.

We bevorderen de continuïteit van de inzet van thuiszorgtechnologie, zoals die vanuit wijkverpleging wordt ingezet (hierover leest u meer in het [inkoopbeleid wijkverpleging 2027-2028](#)). Als de verzekerde tijdelijk wordt opgenomen in ELV of GRZ kan zij de toepassing meenemen. Die declareert u dan nog steeds via de wijkverpleging prestatie voor thuiszorgtechnologie.

We maken afspraken over specifieke voorzieningen en prestaties.

U richt functies en voorzieningen samen in de regio slim en samenhangend in.

Hierdoor staat personeel maar 1 keer paraat en is er minder versnippering. Ouderen krijgen zo altijd tijdige en passende ondersteuning. Dit verbetert de toegankelijkheid. Het zorgt ook voor een efficiëntere inzet van personeel op de momenten dat het nodig is. En het maakt de zorg betaalbaarder. Vanuit onze maatschappelijke opgave gaan we als Zilveren Kruis zorgverzekeraar en zorgkantoor graag regionaal met u het gesprek hierover aan. De afgelopen jaren is al steeds meer integrale samenwerking ontstaan. We vragen zorgaanbieders om deze samenwerking uit te breiden en kritisch te kijken waar in hun werkgebied nog winst te behalen is: over locaties, over de Zvw en Wlz heen en tussen zorgaanbieders. Zorgaanbieders overleggen hiervoor regionaal en doen uiterlijk 1 januari 2027 concrete voorstellen aan ons. Bespreek dit tijdens de contractering 2027 of eerder met uw zorginkoper (Zvw en Wlz) en regiopartijen. Zo is er per regio 1 locatie die ELV opneemt in de avond- nacht en weekenduren (ANW). We doen dit bij voorkeur op plekken waar ook Wlz-crisisbedden zijn. Verder kan behandeling, medische en (onplanbare) verpleegkundige bereikbaarheid steeds meer samen worden geregeld: voor locaties, zorg thuis en over zorgaanbieders heen. De afspraken passen we hier zo nodig op aan.

We evalueren het zorgaanbod op een gesloten herstel- en screeningsafdeling voor uniform zorgaanbod.

Wanneer deze evaluatie leidt tot kaders die helpen bij de doorontwikkeling van gesloten herstel zullen we aanvullend beleid publiceren. We stemmen dit beleid af binnen ZN, om de doorontwikkeling zo veel mogelijk te uniformeren.

U leest de voorwaarden voor het aanbieden van gesloten herstel in bijlage 1c: aanvullende voorwaarden ELV-prestaties.

U komt onder voorwaarden in aanmerking voor een contract ELV hoog complex.

Afgelopen jaren hebben we het aantal overeenkomsten ELV hoog complex afgebouwd. Zo werken we samen met zorgaanbieders aan uniforme kwaliteit in het zorgaanbod voor onze verzekerden. Ook in 2027-2028 contracteren we ELV hoog complex alleen bij zorgaanbieders die aan de voorwaarden voldoen (zie bijlage 1d: aanvullende inkoopvoorwaarden ELV hoog complex).

We maken in 2027 en 2028 geen nieuwe maatwerkafspraken voor specifieke doelgroepen binnen ELV of GRZ.

We richten ons uitsluitend op gesprekken over experimenten die zich richten op de ontwikkeling van een nieuwe toekomstige bekostiging voor de gehele GRZ- en ELV-doelgroep. Ook buiten onze kernregio's volgen wij dit uitgangspunt.

Wij blijven inzetten op een zorgvuldige en onderbouwde afweging tussen ELV of GRZ en Wlz.

Een gepaste inzet van tijdelijk (medisch) verblijf begint bij een juiste verwijzing, triage en indicatiestelling. Voor de juiste zorg op de juiste plaats is goede triage cruciaal.

Wij monitoren de passende inzet van ELV en GRZ.

Bij opvallende afwijkingen of ontwikkelingen gaan wij in gesprek met zorgaanbieders over het gepast gebruik. GRZ heeft als doel herstel of verbetering van het functioneren en participatie in de maatschappij van de verzekerde. Goede triage is cruciaal om in één keer goed te verwijzen als er geen uitzicht is op voldoende herstel en revalidatie. Daarnaast zijn er duidelijke verwijsafspraken met verwijzers nodig om verzekerden direct onder de juiste indicatie op te nemen.

Wij verwachten dat u de onderbouwing van de triage GRZ of ELV opneemt in het zorgdossier van de verzekerde.

Wij verwachten van zorgaanbieders dat er een onderbouwde afweging is vastgelegd voor de indicatie voor GRZ of ELV. In bijlage 4 van dit inkoopdocument lichten wij de afbakening van GRZ en ELV ten opzichte van andere vormen van tijdelijk verblijf toe en onze verwachtingen van de beschrijving van de revalidatiedoelstellingen in het behandelplan voor de GRZ.

In sommige situaties is het passend dat een ELV-opname voorafgaat aan GRZ.

Soms kan een verzekerde bij een verwijzing GRZ niet direct starten met een actieve revalidatie. Dan kan er gebruik gemaakt worden van een ELV-bed tot het moment dat actieve revalidatie gestart wordt.

We volgen de ontwikkelingen rondom de regelgeving voor instroom naar GRZ of een Wlz VV9b.

Samen met VWS en veldpartijen worden nieuwe voorwaarden in de wet- en regelgeving uitgewerkt om als verzekerde in aanmerking te komen voor GRZ of ZZP9bVV. Bij wijzigingen in wet- en regelgeving publiceren we zo nodig aanvullend beleid.

Medisch specialistische revalidatie (MSR) direct voor of na GRZ is een uitzondering.

Een gepaste inzet van revalidatie begint bij een juiste verwijzing, triage en indicatiestelling. Als tijdens een GRZ- of MSR-opname blijkt dat een verzekerde meer gebaat is bij een andere vorm van revalidatie, dan is het mogelijk om de indicatie aan te passen. We verwachten dat de omzetting naar een andere revalidatie indicatie enkel in uitzonderlijke gevallen wordt toegepast. We monitoren op het gepast gebruik.

Samen toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve zorg borgen voor vandaag en morgen.

Samen met zorgprofessionals merken we dat de zorgvraag harder stijgt dan je op basis van vergrijzing verwacht. Terwijl de beschikbare capaciteit onvoldoende meegroeit. In ons inkoopbeleid leest u onze visie hoe we deze maatschappelijke opgave samen met u aanpakken. Zo zorgen we voor een toekomst waarin zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit is.

De zorg verandert: minder professionals, meer zorg thuis, dichtbij of digitaal. Samen met zorgaanbieders stimuleren we zelfregie en werken met ons Zorgkantoor aan een zorgzame samenleving. Zo versnellen we de beweging Van Zorg naar Gewoon Leven. Niet iedere hulpvraag hoeft met zorg opgelost te worden. Maar als zorg nodig is, zorgen we dat die passend, doelmatig en efficiënt is. Met innovatie en transformatie verminderen we onnodige professionele zorg. Basis daarvoor zijn de regioplannen. De transformatieplannen waarin we samen investeren, borgen we in contracten.

Lees meer over hoe Zilveren Kruis onze maatschappelijke opdracht invult [op onze website](#).

Zorg die wij inkopen

Lees in dit hoofdstuk over de zorg die wij inkopen. En wat onze overwegingen daarvoor zijn.

Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf

In bijlage 4 omschrijven we de afbakening van verschillende vormen tijdelijk verblijf.

De ELV-prestaties voor specifieke doelgroepen kopen wij onder voorwaarden in.

Dit betreft de prestaties 'Eerstelijnsverblijf aan patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov' en 'Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling'. We gaan met u in gesprek als u aantoont dat er knelpunten zijn om verzekerden op te nemen met het (vermoeden van) syndroom van Wernicke-Korsakov of verzekerden met een complexe ondersteuningsvraag op basis van een delier of anderszins verward gedrag, waarbij een gesloten setting noodzakelijk is. Als dit het geval is maken wij onder voorwaarden afspraken voor het leveren van deze zorg (bijlage 1c: aanvullende voorwaarden ELV-prestaties). Deze voorwaarden zijn uniform binnen Zorgverzekeraars Nederland afgestemd. Het uitgangspunt is dat verzekerden uitsluitend op deze locatie verblijven als deze setting strikt noodzakelijk is. Zorgaanbieders spannen zich in om zo spoedig mogelijk en uiterlijk binnen 6 weken na opname de juiste vervolgzorg in te zetten. Zorgverzekeraars hanteren hierin gelijkgerichte zorginkoop op inhoud, niet op tarief.

Eén zorgaanbieder organiseert onplanbare ELV opnames in de regio.

Deze zorgaanbieder kan in aanmerking komen voor een opslag op het ELV-tarief. We vragen regio's om een zorgaanbieder aan te wijzen die onplanbare opnames op zich neemt. Dit gaat om opnames in de avond, nacht en weekenden (ANW) vanuit de coördinatiefunctie, huisartsenpost of SEH die niet tot de volgende ochtend kunnen wachten. Dit kan een efficiënte organisatie van opnames buiten kantooruren ten goede komen en de vindbaarheid voor verwijzers en coördinatiefuncties verbeteren. Het uitgangspunt is dat één zorgaanbieder per werkgebied van de coördinatiefunctie de opnames van onplanbare aanmeldingen ELV in de ANW organiseert. Werkafspraken over toeleiding en inzicht in beschikbare plaatsen worden vastgelegd bij de coördinatiefunctie en afgestemd met verwijzers. Met een wijziging in het werkgebied van de coördinatiefunctie (bijvoorbeeld samenvoeging van regio's of aansluiting op andere ontwikkelingen rondom zorgcoördinatie) wordt ook deze inkoopafpraak opnieuw besproken. Zo wordt ook in de nieuwe situatie aan het uitgangspunt voldaan.

Waar nodig kunnen we met u een vastgestelde opslag afspreken op het reguliere tarief voor ELV hoog complex. In bijlage 1c: aanvullende voorwaarden ELV-prestaties vindt u de voorwaarden voor het leveren van deze zorg. Buiten onze kernregio's volgen we op inhoud bij welke zorgaanbieder de opname in de ANW is afgesproken, niet op tarief. Voorwaarde is dat de preferente zorgverzekeraar dit met u heeft afgesproken.

Meer dan basiskwaliteit borgen

Zorg hoort te voldoen aan de minimumnormen van de wetenschappelijke verenigingen, van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en aan onze kwaliteitsvoorwaarden. Maar kwaliteit is voor ons meer dan het borgen van basiskwaliteit in onze contracten. We willen dat de kwaliteit continu verbetert binnen de kaders van betaalbaarheid en toegankelijkheid. Daarom vragen we ook aandacht voor ongewenste praktijkvariatie en transparantie van kwaliteit. Zo bieden we verzekerden en patiënten informatie die ze nodig hebben om weloverwogen keuzes te maken.

We zetten ons in voor verduurzaming.

Achmea, waar Zilveren Kruis onderdeel van uit maakt, bouwt aan een toekomst waarin mens, milieu en economie in balans zijn. Speerpunten zijn het verminderen van CO₂-uitstoot, het investeren in groene energie en het stimuleren van duurzaam gedrag bij verzekerden en medewerkers. We ondersteunen initiatieven die bijdragen aan een gezonde leefomgeving en een sterke sociale samenleving.

Verduurzaming via zorginkoop

Zilveren Kruis wil bijdragen aan het verlagen van de klimaat- en milieu impact van de zorg. Dit doen we door, naast verduurzaming van onze eigen bedrijfsvoering, zorgaanbieders te stimuleren om (verder) te verduurzamen door in gesprek te gaan en samen naar initiatieven en oplossingen te zoeken.

We verwachten van zorgaanbieders dat zij:

- zich inspannen om bij te dragen aan het realiseren van de doelen van de Green Deal Duurzame zorg (GDDZ);
- duurzaamheid verankeren in hun strategie; van kleinere zorgaanbieders verwachten we aandacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen;
- in hun jaarverslag of duurzaamheidsverslag rapporteren over hun duurzaamheidsprestaties voor zover beschikbaar;
- aantoonbaar voortgang boeken op de uitvoering van het mobiliteitsplan (zoals opgenomen in de GDDZ) gericht op terugdringen CO₂-emissie t.g.v. vervoerbewegingen van medewerkers via de beschikbare [rapportageverplichting werkgebonden personenmobiliteit](#) (alleen van toepassing bij zorgaanbieders met meer dan 100 fte).

We dragen bij aan inspiratie en handelingsperspectief voor zorgaanbieders door de verspreiding van groene voorbeelden in de zorgsector, zie [tabel groene initiatieven](#) voor Groene Initiatieven die de zorgverzekeraars daartoe hebben verzameld. Groene initiatieven zijn ook te vinden op de website van de GDDZ en Groene Zorgalliantie (GZA).

Lees meer over het landelijk uniforme zorginkoopbeleid Kortdurende zorg op de [website van ZN](#).

Voorwaarden overeenkomst

Lees in dit hoofdstuk over onze voorwaarden. Over wie voor een overeenkomst in aanmerking komt. En welke voorwaarden aan u gesteld worden.

Zorgaanbieders met een overeenkomst 2025-2026 komen ook in 2027-2028 in aanmerking voor een overeenkomst als zij aan de voorwaarden (blijven) voldoen.

U komt in aanmerking voor een tweejarige overeenkomst als u voldoet aan geldende wet- en regelgeving en de voorwaarden (en gedurende de looptijd van de overeenkomst hieraan blijft voldoen). In bijlage 1 treft u de inkoopvoorwaarden waar u aan moet voldoen om voor een overeenkomst in aanmerking te komen.

U levert de zorg zoals beschreven in de meest actuele NZa Beleidsregel Eerstelijnsverblijf en de aanspraak Geriatrische Revalidatiezorg in artikel 2.5c Besluit zorgverzekering. U levert zorg met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden van de verzekerde.

Wij bieden u een tweejarige overeenkomst aan voor GRZ en ELV.

Zorgaanbieders sluiten een overeenkomst voor de periode van 1 januari 2027 tot en met 31 december 2028.

Wij contracteren geen nieuwe zorgaanbieders.

Alleen als we aantoonbare problemen met de zorgplicht in een regio hebben zullen we nieuwe zorgaanbieders contracteren, dit ter beoordeling aan Zilveren Kruis. We zien aantoonbare problemen met de zorgplicht als er in een regio meerdere verzekerden te lang op inzet van zorg moeten wachten. We doen dit omdat we versnippering van ELV en GRZ willen tegengaan.

Voor de prestatie ELV voor palliatief terminale zorg (PTZ) gelden aanvullende voorwaarden.

PTZ wordt ingezet om lijden te voorkomen of te verlichten, op basis van de behoefte van de verzekerden en naasten op fysiek, psychisch, sociaal en spiritueel gebied. Wij nemen het Kwaliteitskader Palliatieve zorg daarbij als uitgangspunt. Wij volgen met dit beleid de duiding van het Zorginstituut en de NZa. De aanvullende voorwaarden voor ELV PTZ staan in bijlage 1c: aanvullende voorwaarden ELV-prestaties.

De contractant voldoet aan de Wet toetreding zorgaanbieders.

Wij gaan ervan uit dat u aan de vereisten van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) voldoet en blijft voldoen. Voldoet u hier niet (meer) aan? Dan kunnen wij besluiten u geen overeenkomst aan te bieden of de overeenkomst met u te beëindigen. Wij beëindigen de overeenkomst in ieder geval als uw toelatingsvergunning van overheidswege wordt ingetrokken of als (uiteindelijk) blijkt dat u ten onrechte niet over een toelatingsvergunning beschikt.

Let op! Per 1 januari 2025 is de vergunningplicht onder de Wtza gewijzigd. Dit betekent dat de vergunningplicht vanaf dan ook geldt voor alle zorgaanbieders die met minder dan 11 zorgverleners zorg verlenen op grond van de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg. Zie voor meer informatie [de website van het CIBG](#).

Tarieven en volume

Lees in dit hoofdstuk over de tarieven en het volume. Hoe deze tot stand komen en over de publicatie van de tarieven.

Het uitgangspunt van het financieel beleid blijft het verminderen van praktijkvariatie.

Wij zien nog steeds veel praktijkvariatie tussen zorgaanbieders. Middels de tariefstelling willen we kortdurende, intensieve behandeling stimuleren. Daarnaast werken we aan passende doorstroom in de keten door zorg, die nu op een GRZ- of ELV-bed plaatsvindt, te verplaatsen naar huis of te voorkomen.

Wij onderscheiden GRZ- en ELV-zorgaanbieders op basis van omvang.

We delen zorgaanbieders voor GRZ en ELV op basis van eerdere productie in twee groepen in, te weten reguliere en grote zorgaanbieders (zie tabel 1). Deze indeling is bepalend bij het maken van de afspraken over de tarieven en volumes. Voor GRZ kijken wij naar de goedgekeurde declaraties voor zorg geleverd aan Zilveren Kruis verzekerden in 2025. Bij ELV gaat het om de omzet op ELV laag complex en ELV hoog complex (dus exclusief ELV palliatief terminale zorg) voor zorg geleverd in de periode 1 juni 2025 tot en met 31 mei 2026. Bij beiden hanteren we de uiterlijke boekdatum 31 juli 2026.

Tabel 1. Indeling zorgaanbieders op basis van omzet.

Type zorgaanbieder	GRZ	ELV
Reguliere zorgaanbieder	Omzet kleiner dan € 1.000.000	Omzet kleiner dan € 150.000
Grote zorgaanbieder	Omzet groter dan of gelijk aan € 1.000.000	Omzet groter dan of gelijk aan € 150.000

U ontvangt uw persoonlijke aanbod in VECOZO.

Wij stellen het aanbod voor 2027 na publicatie van de NZa beleidsregels en tarieventabel vast. De voor u geldende tarieven, omzetplafond en toelichting staan uiterlijk 30 september 2026 voor u klaar in VECOZO. Bij het maken van een voorstel hanteren we de uitgangspunten in tabel 1, 2 en 3.

Tabel 2. Financieel beleid GRZ.

GRZ	
Tarief	- Grote GRZ-zorgaanbieders krijgen op basis van de doelmatigheidscategorie een tariefvoorstel. Iedere grote zorgaanbieder valt binnen een doelmatigheidscategorie. Meer informatie over de berekening van de (gecorrigeerde) gemiddelde opnameduur en de totstandkoming van de doelmatigheidscategorieën vindt u in bijlage 2: financieel beleid GRZ. - Reguliere GRZ-zorgaanbieders bieden wij een vast tarief. Het doelmatigheidsmodel geeft gezien de relatief kleine omvang van omzet van deze zorgaanbieders voor Zilveren Kruis verzekerden geen statistisch juiste uitkomst.
Verbeterafspraken met tariefopslag	Grote GRZ-zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om op basis van hun doelmatigheid een verbeterafpraak te maken. Zij kunnen voor 2027 en 2028 in het Zorginkoopportaal van VECOZO voor een aanvullende afspraak met een bijbehorende tariefopslag kiezen. Hier staat tegenover dat de gemiddelde trajectprijs gedurende de contractduur wordt verlaagd ten opzichte van de gemiddelde trajectprijs in 2026. In bijlage 2: financieel beleid GRZ zijn de voorwaarden ten behoeve van deze aanvullende afspraken verder toegelicht.
Volume	- We stellen een omzetplafond vast voor grote GRZ-zorgaanbieders. Voor 2027 houden we rekening met: - Alle goedgekeurde declaraties voor klinische en ambulante DBC's gestart in de periode van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2026. - De tarieven van 2027. - Het aandeel electieve orthopedie bij de GRZ-zorgaanbieder. Wanneer het aandeel trajecten electieve orthopedie hoger is dan 10% van het totaal aantal trajecten GRZ,

stellen wij uw plafond naar beneden bij. In bijlage 2: financieel beleid GRZ vindt u een toelichting hierop.

- Reguliere GRZ-zorgaanbieders krijgen een volumevrije afspraak.
- In geval van substantiële volumegroei informeert u Zilveren Kruis hier zo snel mogelijk over. Ditzelfde geldt ook bij een groeiend aantal trajecten op electieve orthopedie of een overschrijding van 10% electieve orthopedie op het totale aantal GRZ-trajecten.

Tabel 3. Financieel beleid ELV.

ELV	
Tarief	• Grote ELV-zorgaanbieders krijgen op basis van de doelmatigheidscategorie een tariefvoorstel voor ELV laag complex en ELV hoog complex. Iedere grote zorgaanbieder valt binnen een doelmatigheidscategorie. Meer informatie over de berekening van de (gecorrigeerde) gemiddelde opnameduur en de totstandkoming van de doelmatigheidscategorieën vindt u in bijlage 3: financieel beleid ELV. • Reguliere ELV-zorgaanbieders bieden wij een vast tarief. Het doelmatigheidsmodel geeft gezien de relatief kleine omvang van omzet van deze zorgaanbieders voor Zilveren Kruis verzekerden geen statistisch juiste uitkomst. • ELV gesloten herstel en ELV Wernicke-Korsakov zijn uitgesloten van het doelmatigheidsbeleid. Hierop is geen doelmatigheidstoeslag mogelijk. • Wij hanteren een vast tarief voor ELV palliatief terminale zorg (PTZ). Er is geen opslag op dit tarief mogelijk en PTZ is uitgesloten van het doelmatigheidsbeleid. • Zorgaanbieders met een ANW-afpraak bieden wij een toeslag.
Verbeterafpraak met tariefopslag	• Grote ELV-zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om op basis van hun doelmatigheid een verbeterafpraak te maken. Zij kunnen voor 2027 en 2028 in het Zorginkoopportaal van VECOZO voor een aanvullende afspraak met een bijbehorende tariefopslag kiezen. Hier staat tegenover dat de gemiddelde opnameduur gedurende de contractduur wordt verlaagd ten opzichte van de gemiddelde opnameduur in 2026. In bijlage 3: financieel beleid ELV zijn de voorwaarden ten behoeve van deze aanvullende afspraken verder toegelicht.
Volume	• We stellen een omzetplafond vast voor alle ELV-zorgaanbieders. Alle ELV-prestaties met uitzondering van ELV PTZ vallen onder het omzetplafond. • Voor 2027 houden we rekening met: - o Alle goedgekeurde ELV-declaraties voor zorg geleverd in de periode van 1 juni 2025 tot en met 31 mei 2026 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2026; - o De tarieven van 2027. • In geval van substantiële volumegroei informeren zorgaanbieders Zilveren Kruis hier zo snel mogelijk over. • Voor zorgaanbieders die vanaf 2027 geen overeenkomst voor ELV hoog complex meer ontvangen passen we het omzetplafond aan. Dit doen we door het aantal goedgekeurde declaraties op ELV hoog complex in de referentieperiode te vermenigvuldigen met het geldende tarief voor ELV laag complex. In bijlage 1d: aanvullende inkoopvoorwaarden ELV hoog complex is dit verder toegelicht.

Voor 2028 actualiseren we de afspraak.

Voor 2028 worden de afgesproken reguliere tarieven en omzetplafonds ELV en GRZ geïndexeerd op basis van de meest actuele Prestatie- en tariefbeschikking van de NZa. Hiervoor gebruiken we de goedgekeurde declaraties in de voor het segment geldende referentieperiode als basis. Voor GRZ gelden hierbij alle goedgekeurde declaraties van 1 januari 2026 tot en met 31 december 2026 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2027. Voor ELV gelden hierbij alle goedgekeurde declaraties van 1 juni 2026 tot en met 31 mei 2027 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2027. U ontvangt hierover uiterlijk 30 september 2027 bericht in VECOZO. U hoeft hier verder niets voor te doen.

We spreken een vast tarief met u af.

Voor elke prestatie staat het Zilveren Kruis basistarief vast. Dit tarief wordt vastgesteld wanneer wij u een contract aanbieden.

U bent verantwoordelijk voor het gelijkmatig verdelen van de inzet van zorg over het jaar.

U houdt hierbij rekening met het vaste omzetplafond ELV en/of GRZ, de zorgvraagontwikkeling en seizoenspatronen. Bij het bereiken van het omzetplafond:

- Vordert Zilveren Kruis te veel betaalde declaraties achteraf terug.
- Dient de zorg aan verzekerden die op dat moment in zorg zijn doorgeleverd te worden.
- Verwijst u verzekerden die zich met een nieuwe zorgvraag aandienen terug naar Zilveren Kruis voor verdere bemiddeling naar een gecontracteerde zorgaanbieder die nog wel (financiële) ruimte heeft.

Met de realisatiemonitor voor GRZ krijgen we vroegtijdig inzicht in het regionaal gebruik van zorg.

Grote GRZ-zorgaanbieders delen drie keer per jaar hun geopende DBC's (ongeacht of deze al gesloten zijn). In overleg met de andere verzekeraars hebben we een uniform format ontwikkeld en vragen we op dezelfde momenten de realisatiemonitor bij u op.

Het format van de realisatiemonitor vindt u onder de documenten beleid en contract ELV & GRZ op [onze website](#). Hierin staan de uiterlijke aanleverdatums vermeld. Het ingevulde format stuurt u naar naleving.dzg@zilverenkruis.nl.

Ondanks deze uitvraag blijft u zelf verantwoordelijk voor het tijdig signaleren van eventuele overschrijding van het omzetplafond.

We vergoeden productie boven het plafond alleen onder voorwaarden.

We kijken hierbij naar doelmatigheid en de zorgvraag in de regio. Zorgaanbieders zonder marge die 80% van hun plafond hebben bereikt en/of verwachten dat het plafond voor het lopende jaar niet toereikend is, melden zich via het [online contactformulier](#). Dit kan tot uiterlijk 1 september van het lopende contractjaar 2027 en 2028.

In reactie op deze melding zullen wij u vragen aanvullende gegevens aan te leveren. Wanneer de informatie compleet is, ontvangt u hierover bericht. Zilveren Kruis streeft ernaar om binnen twee weken nadat alle benodigde informatie om tot een beoordeling van het verzoek tot verruiming van het omzetplafond te komen is ontvangen, een beslissing op de aanvraag van de zorgaanbieder te geven. Bij voldoende capaciteit voor de zorgvraagontwikkeling in de regio wordt uw budget niet opgehoogd. Bij onvoldoende capaciteit in de regio bespreken we met u de problematiek van de overproductie en zoeken we vanuit samenwerking naar wenselijke oplossingen voor de verzekerden van Zilveren Kruis.

Bij grote ELV-zorgaanbieders bepaalt de uitkomst op doelmatigheid hoe wij productie boven de plafondafspraken vergoeden.

De onderbouwing van uw doelmatigheidscategorie met eventuele vergoeding voor geleverde zorg boven het afgesproken omzetplafond lichten we uiterlijk 30 september 2026 toe in ons tarief- en volumevoorstel dat u ontvangt via de zorgaanbiederspost in VECOZO.

Bij reguliere ELV-zorgaanbieders vergoeden wij de productie tot 50% boven het afgesproken omzetplafond.

Hiervoor geldt een gereduceerd tarief. De uitwerking hiervan voor 2027 en 2028 lichten we uiterlijk 30 september 2026 verder toe in ons tarief- en volumevoorstel dat u ontvangt via de zorgaanbiederspost in VECOZO.

Voor grote zorgaanbieders is er mogelijkheid tot substitutie van GRZ-budget naar ELV-budget.

Wanneer u als grote GRZ-zorgaanbieder ook een ELV-overeenkomst heeft, staan wij permanente substitutie van GRZ-budget naar ELV toe. U ontvangt hier meer informatie over in uw aanbod in VECOZO. Substitutie van ELV naar GRZ is niet mogelijk.

Tegengaan van negatieve effecten van financiële constructies

Daar streeft Zilveren Kruis naar. Hiermee willen we de zorg betaalbaar houden. Wij zien namelijk dat sommige zorgaanbieders steeds vaker gebruik maken van manieren om geld uit het zorgstelsel te halen. Een voorbeeld hiervan is het aangaan van leningen met verbonden partijen, waarover een rente wordt betaald die veel hoger is dan gebruikelijk in de markt. Ook kunt u hierbij denken aan hoge huren voor vastgoed die door zorgaanbieders worden betaald aan verbonden partijen.

Zilveren Kruis kan zorgaanbieders toetsen op financiële gezondheid.

Om de continuïteit van zorgverlening te beoordelen maken wij o.a. gebruik van de informatie uit uw jaarrekening. Welke voorzien is van een samenstellings- en/of accountantsverklaring. Op basis van een aantal financiële ratio's (waaronder solvabiliteit, weerstandsvermogen, rentabiliteit, resultaat) maken wij een inschatting van de financiële gezondheid en het risico op (dis)continuïteit van uw organisatie. Uitgangspunt zijn de normen geformuleerd door het Waarborgfonds Zorg (WfZ).

Contracteerprocedure

Lees in dit hoofdstuk over de contracteerprocedure. En lees stapsgewijs hoe de contractering in zijn werk gaat. Voor zorgaanbieders die voorgaande contractperiode al een contract met ons hadden en voor zorgaanbieders die voor het eerst een contract met ons willen.

Wij publiceren ons inkoopbeleid op 1 april 2026.

Bent u het oneens of ziet u fouten of onduidelijkheden in ons zorginkoopbeleid? Dan kunt u dit tot uiterlijk 15 mei 2026 aan ons laten weten via zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/contact. Wij publiceren na deze datum, als dat nodig is, hieruit voortvloeiende informatie voor zorgaanbieders op onze website. Als u een andere vraag heeft over ons inkoopbeleid of de inkoopprocedure, kijk dan op onze website of neem contact met ons op via het contactformulier.

Bij publicatie van aanvullend beleid krijgt u uiteraard ook de gelegenheid uw vragen te stellen aan ons.

Wij kopen de zorg in via een digitale contracteerprocedure.

Met alle zorgaanbieders maken wij afspraken in het Zorginkoopportaal van VECOZO. Om te kunnen inloggen op het Zorginkoopportaal van VECOZO heeft u een geldig persoonlijk certificaat nodig met de juiste autorisatie.

Uw persoonlijke aanbod ontvangt u uiterlijk 30 september 2026.

De onderbouwing van uw doelmatigheidscategorie, het aangeboden omzetplafond en tarief lichten we toe in ons tarief- en volumevoorstel dat u ontvangt via de zorgaanbiederspost in VECOZO. Op onze website [Zorgaanbiederspost - Zilveren Kruis](#) leest u hoe u toegang kunt aanvragen voor de zorgaanbiederspost.

U gaat akkoord met de inkoopprocedure bij het digitaal ondertekenen van de overeenkomst.

Als u de overeenkomst digitaal ondertekent, geeft u aan dat u op de hoogte bent van dit inkoopbeleid en dat u onvoorwaardelijk akkoord gaat met de inkoopprocedure van Zilveren Kruis en de hieraan verbonden voorwaarden.

Op 12 november 2026 maken wij onze gecontracteerde zorgaanbieders bekend aan onze verzekerden.

Als u voor 10 november 2026 de overeenkomst via het Zorginkoopportaal VECOZO heeft getekend, dan bent u vanaf 12 november 2026 voor onze verzekerden als gecontracteerde zorgaanbieder zichtbaar op de Zorgzoeker van Zilveren Kruis.

Planning en termijnen

Lees in dit hoofdstuk welke data belangrijk zijn. Zodat we met elkaar op tijd de afspraken voor het nieuwe jaar rond hebben.

De verwachte planning voor contractering staat in tabel 4.

Hiermee heeft u een actueel overzicht van de stappen die we doorlopen om de afspraken voor 2027 na te komen.

Tabel 4. Planning contractering 2027.

Datum	Onderwerp	Wie
1 april 2026	Publicatie inkoopbeleid Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en Eerstelijnsverblijf (ELV) 2027-2028.	Zilveren Kruis
Uiterlijk 15 mei 2026	Laatste dag voor opmerkingen en om vragen te stellen over dit inkoopbeleid.	Zorgaanbieder
Uiterlijk 30 juni 2026	Bericht aan ELV-zorgaanbieders met productie ELV hoog complex minder dan € 300.000.	Zilveren Kruis
Uiterlijk 30 september 2026	U ontvangt de uitnodigingsmail. De vragenlijst staat klaar in de Uitvraagmodule van het Zorginkoopportaal van VECOZO. Zo heeft u meer dan 4 weken om met ons een overeenkomst te sluiten. De toelichting ontvangt u via de zorgaanbiederpost van VECOZO.	Zilveren Kruis
Uiterlijk 1 november 2026	Laatste dag voor insturen format ambulante GRZ.	Zorgaanbieder
12 november 2026	Alle contractanten GRZ en ELV 2027-2028 zijn voor onze klanten zichtbaar op de zorgzoeker van Zilveren Kruis.	Zilveren Kruis
Uiterlijk 15 december 2026	Bekendmaking besluit aanvraag ambulante GRZ	Zilveren Kruis

Voor de overeenkomst 2028 actualiseren we de afspraak.

Voor het tweede jaar zetten wij uw actuele budget en tarief klaar. Zie ook hoofdstuk 'Tarieven en volume'. U ontvangt bericht wanneer dit zichtbaar is. U hoeft hier verder niets voor te doen.

De verwachte planning voor het jaar 2028 staat in tabel 5. Bij wijzigingen actualiseren wij zo nodig deze planning.

Tabel 5. Planning proces 2028.

Datum	Onderwerp	Wie
Uiterlijk 30 september 2027	De aangepaste overeenkomsten GRZ en ELV met geïndexeerde omzetplafonds staan klaar in de contracteermodule van het Zorginkoopportaal van VECOZO. U ontvangt bericht wanneer dit zichtbaar is. U hoeft hier verder niets voor te doen.	Zilveren Kruis
12 november 2027	Alle contractanten GRZ en ELV 2028 zijn voor onze klanten zichtbaar op de zorgzoeker van Zilveren Kruis.	Zilveren Kruis

Bereikbaarheid tijdens de zorginkoop

Heeft u vragen over het inkoopbeleid, het zorginkoopproces, de overeenkomsten of andere onderwerpen die hiermee te maken hebben? Veel antwoorden vindt u op onze [website](#). Staat uw antwoord er niet tussen? Neem dan gerust [contact](#) met ons op.

Naleving en controle

In dit hoofdstuk leest u meer over hoe wij met naleving van (contract)afspraken en controles van declaraties omgaan.

Zilveren Kruis wil haar klanten verzekeren van kwalitatief goede en toegankelijke zorg.

Eén van onze verantwoordelijkheden is het beoordelen of de zorg die vergoed wordt, aan de wettelijke eisen voldoet en/of feitelijk en terecht geleverd is. Wij kennen hiervoor de volgende controleprocessen:

- Materiële controle
- Formele controle
- Fraudeonderzoek

Lees over de controlemethodiek in ons controle jaarplan Zvw.

Hierin staan ook de verschillende stappen beschreven. Natuurlijk voeren wij onze controles uit met inachtneming van de privacywetgeving (AVG en UAVG). Het controle jaarplan vindt u op [onze website](#).

Wij kunnen spiegelinformatie inzetten als eerste stap in ons controleproces.

Spiegelinformatie geeft u inzicht in uw declaratiegedrag ten opzichte van uzelf en/of andere zorgaanbieders. Ziet u eventuele foutieve of afwijkende declaraties? Dan corrigeert u die eenvoudig zelf. U ontvangt altijd een e-mail over de inzichten uit de spiegelinformatie. U kunt schriftelijk reactie geven of we maken een afspraak om het met elkaar door te nemen. Afhankelijk van de uitkomsten vervolgen we daarna al dan niet het controleproces.

Wij beoordelen of de (contract)afspraken worden nageleefd.

Wij onderzoeken of zorgaanbieders zich aan de met Zilveren Kruis overeengekomen afspraken houden. Dit zijn bijvoorbeeld afspraken over zorgkosten, kwaliteit, doelmatigheid en transparantie. Ook hiervoor kunnen we spiegelinformatie inzetten. Net als voor het delen van de voortgang op onze beleidsthema's.

Per 2025 zijn machtigingen voor ELV hoog en laag complex en voor GRZ komen te vervallen.

Dit betreft de machtiging voor ELV hoog en laag complex bij een behandelduur langer dan 90 dagen, en voor GRZ bij een behandelduur langer dan 180 dagen. We verwachten dat zorgaanbieders passend en doelmatig omgaan met de benodigde behandelduur. Wij blijven de behandelduur monitoren. Als we opvallend declaratiegedrag zien voeren wij controle uit op gepast gebruik. Wij controleren of de gedeclareerde prestatie het meest aangewezen was bij de gezondheidssituatie van de verzekerde.

Aanvullingen en wijzigingen

Dit inkoopbeleid is gepubliceerd op 1 april 2026. Het is mogelijk dat hierop later aanvullingen of wijzigingen komen. Houdt u dit zelf goed in de gaten! U vindt deze aanvullingen en wijzigingen bij uw inkoopbeleid op zk.nl/zorgaanbieders. Andere onderwerpen die interessant zijn voor u vindt u daar ook.

Bijlage 1: Inkoopvoorwaarden ELV en GRZ

In deze bijlage staan de inkoopvoorwaarden waaraan u op 1 januari 2027 moet voldoen. Deze inkoopvoorwaarden blijven gelden gedurende de looptijd van de overeenkomst. Wij kunnen om bewijs vragen dat u aan de voorwaarden voldoet.

Bijlage 1a: Algemene inkoopvoorwaarden ELV en GRZ 2027 en 2028

Kunt u de volgende vragen met 'ja' beantwoorden?

GRZ	ELV
1. Bent u ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel?	Bent u ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel?
2. Staan de UBO's (Ultimate Beneficial Owners) van de zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst aangaan ingeschreven in het UBO-register en zijn deze gegevens actueel?	Staan de UBO's (Ultimate Beneficial Owners) van de zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst aangaan ingeschreven in het UBO-register en zijn deze gegevens actueel?
3. Heeft u aantoonbaar de geldende Governancecode Zorg ingevoerd (als deze geldt voor u)?	Heeft u aantoonbaar de geldende Governancecode Zorg ingevoerd (als deze geldt voor u)?
4. Voldoet u aan de Wtza en, voor zover van toepassing, aan de verplichtingen die in verband met de invoering van de Wtza, in andere wetten zijn opgenomen.	Voldoet u aan de Wtza en, voor zover van toepassing, aan de verplichtingen die in verband met de invoering van de Wtza, in andere wetten zijn opgenomen.
5. Verleent u zorg in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving?	Verleent u zorg in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving?
6. Beschikt u over een klachtenprocedure en hanteert u daarbij een reglement voor klachtenbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)?	Beschikt u over een klachtenprocedure en hanteert u daarbij een reglement voor klachtenbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)?
7. Heeft u een eigen vastgelegd privacybeleid?	Heeft u een eigen vastgelegd privacybeleid?
8. Voldoet u aan de Wet Normering Topinkomens (WNT)?	Voldoet u aan de Wet Normering Topinkomens (WNT)?
9. Is het geheel van processen, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, risico's en beheersmaatregelen van uw organisatie schriftelijk vastgelegd in een AO/IB en wordt de beheersing van de administratieve organisatie aantoonbaar intern gecontroleerd?	Is het geheel van processen, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, risico's en beheersmaatregelen van uw organisatie schriftelijk vastgelegd in een AO/IB en wordt de beheersing van de administratieve organisatie aantoonbaar intern gecontroleerd?
10. Beschikt u over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens – bijvoorbeeld declaratiegegevens – aan Zilveren Kruis binnen de door Zilveren Kruis aangegeven termijn?	Beschikt u over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens – bijvoorbeeld declaratiegegevens – aan Zilveren Kruis binnen de door Zilveren Kruis aangegeven termijn?
11. Staat u garant voor de continuïteit van – de te leveren – zorg aan bestaande verzekerden?	Staat u garant voor de continuïteit van – de te leveren – zorg aan bestaande verzekerden?
12. Bent u adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 per gebeurtenis, of heeft u deze verzekering per 1 januari 2027 afgesloten?	Bent u adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 per gebeurtenis, of heeft u deze verzekering per 1 januari 2027 afgesloten?
13. Levert u de zorg zelf? U mag alleen gecontracteerde zorgverlening uitbesteden als deze zorgverlener ook daadwerkelijk GRZ-declarabele zorg verleent in het kader van het zorgplan.	Levert u de zorg zelf? U mag alleen gecontracteerde zorgverlening aan een derde partij of aan zzp'ers uitbesteden als: 1) u meer dan 50% van de zorg voor klanten van Zilveren Kruis zelf uitvoert; en 2) u afspraken met de inkoper van Zilveren Kruis heeft gemaakt over onderlinge dienstverlening. Uitzendkrachten en personeel die onderdeel zijn van de organisatie waar u als zorgaanbieder onderdeel van uitmaakt, vallen niet onder onderlinge dienstverlening.
14. Voert u periodiek een klanttevredenheidsmeting uit die u gebruikt voor interne verbeterplannen? De zorgaanbieder is transparant over de klantervaringen.	Voert u periodiek een klanttevredenheidsmeting uit die u gebruikt voor interne verbeterplannen? De zorgaanbieder is transparant over de klantervaringen.
15. Stelt u, conform de voorwaarden die daarvoor zijn verwoord in het Generiek kompas, jaarlijks een kwaliteitsbeeld op, levert u dit kwaliteitsbeeld aan bij het Zorginstituut en publiceert u het kwaliteitsbeeld op uw website?	Stelt u, conform de voorwaarden die daarvoor zijn verwoord in het Generiek kompas, jaarlijks een kwaliteitsbeeld op, levert u dit kwaliteitsbeeld aan bij het Zorginstituut en publiceert u het kwaliteitsbeeld op uw website?
16. Toetst en registreert u bij opname of GRZ passende zorg is, bijvoorbeeld op basis van het Triage instrument Geriatrische Revalidatiezorg van Verenso en heeft u een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorgaande ziekenhuisopname?	Toetst en registreert u bij opname of ELV passende zorg is, bijvoorbeeld op basis van het 'Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0' van Significant en heeft u een geriatrisch assessment uitgevoerd als er geen sprake is van voorgaande ziekenhuisopname?

17.	Heeft u regionale samenwerkingsafspraken over triage, overdracht van verzekeren en de medische verantwoordelijkheidsverdeling gemaakt met ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleegkundigen, verpleeghuizen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners? Registreert u de ontslagbestemming voor alle klanten in aantal per hoofddiagnosegroep en verstrekt u deze informatie op verzoek van Zilveren Kruis?	Heeft u regionale samenwerkingsafspraken over triage, overdracht van verzekeren en de medische verantwoordelijkheidsverdeling gemaakt met ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleegkundigen, verpleeghuizen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners? Registreert u de ontslagbestemming voor alle klanten in aantal per hoofddiagnosegroep en verstrekt u deze informatie op verzoek van Zilveren Kruis?
18.	Borgt u dat het zorgplan van de klant continu up-to-date blijft voor aard, volume en duur, zodat tijdig over ontslag en eventuele vervolgzorg nagedacht wordt?	Borgt u dat het zorgplan van de klant continu up-to-date blijft voor aard, volume en duur, zodat tijdig over ontslag en eventuele vervolgzorg nagedacht wordt?
19.	Vindt er een vorm van evaluatie plaats waarbij op structurele wijze retrospectief wordt getoetst (tijdens of na opname) of de indicatiestelling juist was? Gebruikt u deze informatie voor uw eigen kwaliteitsverbetering en terugkoppeling aan verwijzers?	Vindt er een vorm van evaluatie plaats waarbij op structurele wijze retrospectief wordt getoetst (tijdens of na opname) of de indicatiestelling juist was (met uitzondering van ELV PTZ)? Gebruikt u deze informatie voor uw eigen kwaliteitsverbetering en terugkoppeling aan verwijzers?
20.	Borgt u regiebehandelaarschap met de daarbij behorende afspraken conform de ' Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg ', waarbij medisch-inhoudelijke expertise op het gebied van geriatrie revalidatiezorg door een specialist ouderengeneeskunde met bij voorkeur een kaderopleiding geriatrie revalidatie beschikbaar is?	Is de eerstverantwoordelijke een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4?
21.	Voldoet het zorgplan GRZ aan de minimumeisen zoals gesteld in bijlage 4?	
22.	Levert u CVA-zorg volgens de richtlijn herseninfarct en hersenbloeding ?	
23.	Levert u informatie over uw beschikbare capaciteit aan bij coördinatiefuncties en waar van toepassing zorgcoördinatievoorzieningen? De definities van het landelijk platform zorg (LPZ) en de V&V-module kunnen hier mogelijk ondersteunen in eenduidigheid, zodra deze beschikbaar zijn.	Levert u informatie over uw beschikbare capaciteit aan bij coördinatiefuncties en waar van toepassing zorgcoördinatievoorzieningen? De definities van het landelijk platform zorg (LPZ) en de V&V-module kunnen hier mogelijk ondersteunen in eenduidigheid, zodra deze beschikbaar zijn.
24.	Heeft u een afspraak met partners in de regio hoe een eventuele nieuwe opname in de avond, weekend en nacht (ANW) is geborgd?	Heeft u een afspraak met partners in de regio hoe een eventuele nieuwe opname in de avond, weekend en nacht (ANW) is geborgd?
25.	Heeft u bij het aannemen van nieuwe zorgverleners de geschiktheid onderzocht om beroepsmatig zorg te gaan verlenen?	Heeft u bij het aannemen van nieuwe zorgverleners de geschiktheid onderzocht om beroepsmatig zorg te gaan verlenen?

Kunt u de volgende vragen met 'nee' beantwoorden?

GRZ	ELV
1. Is tegen u bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht?	Is tegen u bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht?
2. Verkeert u in staat van faillissement of liquidatie, zijn uw werkzaamheden gestaakt, of geldt een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord, of verkeert u in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op u van toepassing zijnde wet- en regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie?	Verkeert u in staat van faillissement of liquidatie, zijn uw werkzaamheden gestaakt, of geldt een surseance van betaling of een (faillissements-)akkoord, of verkeert u in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure uit hoofde van op u van toepassing zijnde wet- en regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie?
3. Is faillissement of liquidatie aangevraagd dan wel tegen u een procedure van vereffening of surseance van betaling of akkoord dan wel een andere soortgelijke procedure die voorkomt in de op u van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie, aanhangig gemaakt?	Is faillissement of liquidatie aangevraagd dan wel tegen u een procedure van vereffening of surseance van betaling of akkoord dan wel een andere soortgelijke procedure die voorkomt in de op u van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie, aanhangig gemaakt?
4. Is tegen u een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde van toepassing volgens de op u van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met uw beroepsgedragsregels?	Is tegen u een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde van toepassing volgens de op u van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met uw beroepsgedragsregels?
5. Heeft u in de uitoefening van uw beroep de afgelopen drie jaar een ernstige fout begaan, waardoor uw integriteit in twijfel kan worden getrokken? Als het begaan van een ernstige fout in de uitoefening van uw beroep wordt in ieder geval aangemerkt:	Heeft u in de uitoefening van uw beroep de afgelopen drie jaar een ernstige fout begaan, waardoor uw integriteit in twijfel kan worden getrokken? Als het begaan van een ernstige fout in de uitoefening van uw beroep wordt in ieder geval aangemerkt:

a. het doen van een gift of belofte of het aanbieden van een dienst indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd iemand iets te laten doen wat in strijd is met zijn plicht; b. het vervalsen of valselijk opmaken van een geschrift dat bestemd is om tot bewijs van enig feit te dienen; c. het verstrekken van onjuiste gegevens of het ten onrechte niet verstrekken van juiste gegevens, indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd financieel voordeel te behalen (vermoeden van fraude); d. het handelen of nalaten waardoor de lichamelijke integriteit van werknemers of andere personen ernstig in gevaar wordt gebracht; e. het opgelegd hebben gekregen van een boete of last onder dwangsom in de zin van artikel 56 van de Mededingingswet; f. het in het kader van de uitvoering van een opdracht hebben begaan van een onrechtmatige daad waaruit ernstige schade is voortgevloeid, met dien verstande dat de onder a tot en met f genoemde gedragingen plaatsvinden in het kader van de beroepsuitoefening.	a. het doen van een gift of belofte of het aanbieden van een dienst indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd iemand iets te laten doen wat in strijd is met zijn plicht; b. het vervalsen of valselijk opmaken van een geschrift dat bestemd is om tot bewijs van enig feit te dienen; c. het verstrekken van onjuiste gegevens of het ten onrechte niet verstrekken van juiste gegevens, indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat daarmee wordt beoogd financieel voordeel te behalen (vermoeden van fraude); d. het handelen of nalaten waardoor de lichamelijke integriteit van werknemers of andere personen ernstig in gevaar wordt gebracht; e. het opgelegd hebben gekregen van een boete of last onder dwangsom in de zin van artikel 56 van de Mededingingswet; f. het in het kader van de uitvoering van een opdracht hebben begaan van een onrechtmatige daad waaruit ernstige schade is voortgevloeid, met dien verstande dat de onder a tot en met f genoemde gedragingen plaatsvinden in het kader van de beroepsuitoefening
6. Heeft u niet aan uw verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar u bent gevestigd of van Nederland?	Heeft u niet aan uw verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar u bent gevestigd of van Nederland?
7. Heeft u niet aan uw verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van uw belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar u bent gevestigd of van Nederland?	Heeft u niet aan uw verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van uw belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar u bent gevestigd of van Nederland?
8. Heeft u zich ernstig schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen overeenkomstig dit inkoopbeleid?	Heeft u zich ernstig schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen overeenkomstig dit inkoopbeleid?
9. Blijkt uit onze formele of materiële controles over declaraties vanaf 1 januari 2023 geen onrechtmatigheid groter dan 10%? Als dat wel het geval is dan behoudt Zilveren Kruis zich het recht voor om géén nieuwe overeenkomst aan te gaan, dan wel voorwaarden aan de overeenkomst te verbinden.	Blijkt uit onze formele of materiële controles over declaraties vanaf 1 januari 2023 geen onrechtmatigheid groter dan 10%? Als dat wel het geval is dan behoudt Zilveren Kruis zich het recht voor om géén nieuwe overeenkomst aan te gaan, dan wel voorwaarden aan de overeenkomst te verbinden.

Bijlage 1b: Aanvullende voorwaarden ambulante GRZ

De aanvullende voorwaarden in deze bijlage gelden voor de volgende prestaties uit de beleidsregel:

- Diagnosen CVA | >32 behandeluren ambulant | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E22
- Diagnosen CVA | 6 tot maximaal 32 behandeluren ambulant | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E23
- Diagnosen CVA | Maximaal 5 behandeluren ambulant | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E24
- Overige diagnosen | >23 behandeluren ambulant | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E25
- Overige diagnosen | 5 tot maximaal 23 behandeluren ambulant | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E26
- Overige diagnosen | Maximaal 4 behandeluren ambulant | Geriatrische revalidatiezorg; Declaratiecode 14E27

Deze aanvullende voorwaarden blijven gelden gedurende de looptijd van de overeenkomst. Voor ambulante GRZ gaan wij ervan uit dat het aantal verzekerden van de geïnccludeerde diagnosecategorie niet toeneemt ten opzichte van realisatie 2026, anders dan door demografische ontwikkelingen. De afspraak is onderdeel van het budgetplafond zoals opgenomen in de overeenkomst GRZ 2027-2028. We gaan in gesprek bij grote afwijkingen in volume en patiëntmix. Samenloop met declaratie van MSR of paramedie is niet toegestaan.

Voldoet u aan onderstaande voorwaarden?

Ambulante GRZ	
1.	Er heeft afstemming plaatsgevonden over het ontwikkelen van een ambulant GRZ-aanbod in de regio, zodat het passend is bij een duurzaam zorglandschap.
2.	Ambulante GRZ vervangt geheel of gedeeltelijk een GRZ-opname met verblijf. Intramurale GRZ is niet mogelijk voorafgaand aan direct ambulante GRZ.
3.	<i>(Uitsluitend als u direct ambulante GRZ wilt leveren)</i> U heeft ervaring met klinisch-ambulante GRZ. Dit blijkt uit: • Een zorgpad voor klinisch ambulante GRZ. • Een beschrijving van behaalde resultaten in 2025 en 2026 op in ieder geval: aantal cliënten, type cliënten qua diagnosegroep, totale duur van behandeling, ligduurverkortings, tevredenheid van cliënten en behandelaren.
4.	U heeft een specifiek triageprotocol opgesteld, waarin staat beschreven wanneer direct of klinisch ambulante GRZ toepasbaar is. Het trriage-instrument geriatrische revalidatiezorg van Verenso kan als basis dienen. Als verdieping hierop verwachten we daarnaast in het triageprotocol een toelichting op: • Welke diagnosegroepen in aanmerking komen en toelichting waarom deze passend zijn voor klinisch of direct ambulante GRZ. De diagnosegroep electieve orthopedie komt niet in aanmerking voor ambulante GRZ: deze diagnosegroep wordt in de eerste lijn behandeld of bij uitzondering (bijvoorbeeld in geval van complicaties) via klinische opname. • Welke in- en exclusiecriteria worden meegenomen in de triage voor ambulante GRZ. Deze omvatten minimaal een beschrijving van de mate van zelfstandigheid om veilig thuis te revalideren, een inschatting van de intensiteit van de revalidatie en de wijze waarop dit haalbaar is in de thuissituatie, en de rol van mantelzorg. • De situaties waarbij behandeling in de eerstelijns niet toereikend is en een klinisch revalidatietraject noodzakelijk is
5.	U heeft een zorgpad/zorgprogramma ambulante GRZ. Hierin zijn in ieder geval opgenomen: • De manier waarop de zorg is afgestemd met verwijzers in de regio: dit omvat ook het informeren van huisartsen en ziekenhuizen over de werkwijze. • Hoe aanvragen voor ambulante GRZ kunnen worden gedaan door verwijzers en hoe hier snel en adequaat vervolg aan wordt gegeven. • Hoe wordt samengewerkt met eerstelijns zorgaanbieders in de regio (denk aan paramedische zorg en wijkverpleging). • Hoe de zorg in de avond-, nacht- en weekenduren geborgd wordt en adequate informatievoorziening over de actuele status van de patiënt ter beschikking wordt gesteld, ook in spoedsituaties.

	• De manier waarop digitale zorg onderdeel is van het hybride zorgpad. • Concrete criteria wanneer ambulante GRZ stopt, of wordt overgedragen naar monodisciplinaire inzet in de eerste lijn.
6.	Ambulante GRZ heeft potentie als dit op schaal gebeurt. U richt zich daarom bij de start op een inclusie van 15-30% van de GRZ-verzekerden in het eerste jaar. Dit breidt u de jaren erna uit, passend bij uw populatie en regionale context.

Om in aanmerking te komen levert u informatie over uw organisatie aan.

Dit doet u om afspraken te maken over één of beide vormen van ambulante GRZ. U gebruikt het [sjabloon ambulante GRZ 2027-2028](#) waarin wij op basis van bovenstaande voorwaarden documentatie bij u opvragen. Deze informatie stuurt u uiterlijk 1 november 2026 op naar zorginkoop.wijkverpleging@zilverenkruis.nl. Dit hoeft u alleen te doen als u nog geen contract heeft voor de vorm ambulante zorg die u wilt aanbieden. Op basis van de aangeleverde informatie stellen wij vast of uw plan volledig is en aan de voorwaarden voldoet. Uiterlijk 15 december 2026 ontvangt u hierover een terugkoppeling.

Bijlage 1c: Aanvullende voorwaarden ELV-prestaties

Deze aanvullende voorwaarden blijven gelden gedurende de looptijd van de overeenkomst.

Kunt u de volgende vragen met 'ja' beantwoorden?

Prestatie 'Eerstelijnsverblijf aan patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov'	
1.	De zorgaanbieder is aangesloten bij het Korsakov Kenniscentrum.
2.	De zorgaanbieder is door het zorgkantoor gecontracteerd.
3.	De zorgaanbieder is door de commissie expertisecentra langdurige zorg aangemerkt als erkend expertisecentrum voor het syndroom van Korsakov (Doelgroep Expertise Centrum of Regionaal Expertise Centrum).
4.	Behandeling vindt plaats aan de hand van een gespecialiseerd zorgpad en door een multidisciplinair gespecialiseerd kernteam bestaande uit tenminste een GZ-psycholoog en een specialist ouderengeneeskunde met veel kennis en ervaring in de behandeling en zorg voor mensen met het syndroom van Korsakov.
5.	De 2 grootste zorgverzekeraars in de zorgkantoorregio stemmen locatie af of wijzen zorgaanbieder aan.
6.	De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden met bekwaam personeel om expertise te borgen.
7.	De zorgaanbieder is aangesloten bij een regionale coördinatiefunctie.
8.	De zorgaanbieder spant zich in om de benodigde stappen voor passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor veilig terugkeer naar huis tijdig in te zetten.

Prestatie 'Eerstelijnsverblijf op een gesloten herstel- en screeningsafdeling'	
1.	Het zorgaanbod wordt in de regio geclusterd aangeboden met als uitgangspunt één per regionale coördinatiefunctieregio.
2.	Zorgaanbod wordt in een gesloten setting aangeboden.
3.	De zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die ook door het zorgkantoor is gecontracteerd voor de opvang van WLZ V&V-crisis zorg.
4.	De verwijzers zijn bekend met de locatie voor het gesloten herstel.
5.	De zorgaanbieder is aangesloten bij de regionale coördinatiefunctie en het specifieke zorgaanbod is hier bekend.
6.	De afdeling beschikt over een unit van minimaal 10 bedden ELV gesloten herstel met voldoende en bekwaam personeel om expertise te borgen.
7.	De zorgaanbieder spant zich in om de benodigde stappen voor afschaling van zorg, passende vervolgzorg of benodigde voorzieningen voor terugkeer naar huis tijdig in te zetten.
8.	De zorgaanbieder handelt conform de Wet Zorg en Dwang in geval van onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname.
9.	De doelgroep met primair GGZ- en/of VG-problematiek is uitgesloten van het ELV gesloten herstel.

Aanvullende financiering voor ANW zorg binnen ELV hoog complex	
1.	We verwachten dat de keuze voor het regionaal clusteren van ELV-spoedaanmeldingen bij de aangewezen zorgaanbieder aantoonbaar is vastgelegd in het ROAZ-plan of besluitenlijst van het ROAZ-overleg en de werkafspraken zijn vastgelegd met de coördinatiefunctie en verwijzers.
2.	De regionale clustering sluit aan bij de doorontwikkeling van het werkgebied van de regionale coördinatiefunctie.
3.	De zorgaanbieder kan op de locatie waar acute opnames plaatsvinden ook reguliere GRZ en ELV hoog complexe zorg bieden. Hiermee worden patiënt verplaatsingen zoveel mogelijk voorkomen.
4.	De zorgaanbieder kan alle ELV- en GRZ-patiënten 24/7 opnemen, waar deze toeslag specifiek is bestemd voor de opnames tussen 20.00 en 08.00 uur en in het weekend.

- | | |
|----|---|
| 5. | Verzekerden kunnen vanuit huis, de huisartsenpost en de SEH via de regionale coördinatiefunctie aangemeld worden voor een acute opname. |
|----|---|

ELV palliatief terminale zorg

- | | |
|-----|---|
| 1. | De zorg wordt geleverd overeenkomstig het Kwaliteitskader Palliatieve zorg en de richtlijnen voor palliatieve zorg van IKNL (www.pallialine.nl). |
| 2. | De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts. Dit is vastgelegd in het zorgplan, waarin samen met de klant en naasten ook de aard en omvang van de zorg wordt opgenomen. |
| 3. | De zorg wordt geboden in eenpersoonskamers. |
| 4. | De zorgaanbieder heeft bijzondere aandacht voor gezamenlijke besluitvorming van de klant, naasten en zorgverlener, en voor vroegtijdige en proactieve zorgplanning. |
| 5. | De zorgaanbieder wijst nabestaanden op de mogelijkheden van nazorg en ondersteuning. |
| 6. | De zorgaanbieder draagt 24 uur per dag, 7 dagen per week zorg voor de beschikbaarheid van verpleegkundigen met minimaal deskundigheidsniveau 4, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te kunnen bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundige palliatieve zorg van V&VN). |
| 7. | De eerstverantwoordelijke is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4 en bevoegd en bekwaam om palliatieve zorg te kunnen bieden. |
| 8. | De zorgaanbieder schoolt medewerkers op het gebied van palliatieve zorg. |
| 9. | De zorgaanbieder beschikt over een aandachtsfunctionaris voor palliatieve zorg die direct betrokken is bij het primaire proces. |
| 10. | De zorgaanbieder participeert actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het netwerk zijn gemaakt. |
| 11. | Binnen het netwerk is een consultatieteam beschikbaar met huisartsen en/of SO die ten minste gestart zijn met de kaderopleiding palliatieve zorg of de zogenoemde Cardiff opleiding. |

Bijlage 1d: Aanvullende inkoopvoorwaarden ELV hoog complex

We kopen ELV hoog complex onder voorwaarden in als u voldoet aan 1 van onderstaande voorwaarden.

1. U bent GRZ-zorgaanbieder.

GRZ-zorgaanbieders hebben een segment- en domeinoverstijgend aanbod en vervullen daarmee een coördinerende rol in de keten met ziekenhuizen, regio-organisaties en welzijnsorganisaties. Dit betekent ook dat deze zorgaanbieders al in een aanbod van zorg voorzien waarmee het efficiënt aanbieden van de schaarse capaciteit van GRZ en ELV hoog complex geborgd is ten tijde van de contractafspraken.

OF

2. U bent zorgaanbieder met een minimale productie van €300.000,- op ELV hoog complex.

Ook in 2027-2028 gaan we uit van een minimale omvang ELV hoog complex van €300.000,-. Dit betekent dat alleen zorgaanbieders met een overeenkomst in 2026 en een minimale productie van €300.000,- op ELV hoog complex een overeenkomst krijgen voor deze zorg in 2027. De productie wordt bepaald op basis van de goedgekeurde declaraties ELV hoog complex in de periode 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025, met peildatum 30 april 2026.

Voor zorgaanbieders buiten onze kernregio's volgen we in 2027 en 2028 de preferente verzekeraar.

Buiten onze kernregio's toetsen wij of de preferente verzekeraar een overeenkomst voor ELV hoog complex is aangegaan in 2026. In dat geval volgen wij dit inkoopbeleid op inhoud, niet op tarief.

Voldoet u niet aan de voorwaarden in 2027?

Voor zorgaanbieders die niet voldoen aan bovenstaande voorwaarden op ELV hoog complex blijft het mogelijk om ELV laag complex te leveren. Het omzetplafond voor 2027 passen wij hierop aan. Zorgaanbieders die vanaf 2027 niet voldoen aan een van deze voorwaarden krijgen hierover uiterlijk 30 juni 2026 bericht van ons. Het is niet mogelijk om gedurende de beleidsperiode 2027-2028 tussentijds in aanmerking te komen voor een contract ELV hoog complex.

Bijlage 2: Financieel beleid GRZ

Het financieel beleid GRZ bouwt voort op het beleid van eerdere jaren.

We stellen tarieven vast als percentage van het NZa-maxtarief.

Het basistarief wordt voor grote zorgaanbieders op basis van de doelmatigheidscategorie vastgesteld. Voor reguliere zorgaanbieders is een gemiddeld basistarief vastgesteld, omdat de benchmark waarmee de doelmatigheidscategorie wordt bepaald niet betrouwbaar is bij een relatief kleine GRZ-omvang. Hierbij is rekening gehouden met de indexatie zoals in de meest actuele NZa prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg is bepaald.

Bij bepaling van het omzetplafond houden we rekening met het aandeel electieve orthopedie.

Per 2027 stellen we dat maximaal 10% van uw totaal aantal GRZ-trajecten valt onder de diagnosegroep electieve orthopedie. De referentieperiode voor de bepaling van het omzetplafond zijn alle goedgekeurde declaraties van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2026.

- Voor grote zorgaanbieders met meer dan 10% electieve orthopedie op het totaal aantal GRZ-trajecten in de referentieperiode passen we het berekende omzetplafond naar beneden aan. Deze aanpassing van het omzetplafond wordt gedaan op basis van het aantal electieve orthopedie trajecten boven de 10% en de gemiddelde kostprijs per verzekerde electieve orthopedie in de referentieperiode. Hierbij wordt rekening gehouden met indexatie naar het prijsniveau voor 2027.
- Voor grote zorgaanbieders met minder dan 10% electieve orthopedie op het totaal aantal GRZ-trajecten baseren we het omzetplafond op de verwachting van een gelijkblijvend aantal electieve orthopedie trajecten. Het omzetplafond wordt voor deze zorgaanbieders bepaald op basis van hun productie over alle diagnosecategorieën in de referentieperiode.

Voor zowel grote als reguliere zorgaanbieders geldt dat u Zilveren Kruis tijdig inlicht in geval van substantiële groei op of verwachte overschrijding van het voor hen vastgestelde percentage electieve orthopedie.

De doelmatigheidscategorie wordt vastgesteld op basis van gemiddelde opnameduur.

Grote zorgaanbieders zijn in een doelmatigheidscategorie ingedeeld op basis van gemiddelde opnameduur en behandelinzet ten opzichte van het landelijk gemiddelde. We sluiten hierbij de gehele diagnosegroep electieve orthopedie uit van de berekening voor contractperiode 2027-2028. Omdat de samenstelling van de patiëntpopulatie van een zorgaanbieder van invloed is op de gemiddelde opnameduur corrigeren we voor deze verschillen door onder andere rekening te houden met:

- De verhouding in diagnosecategorie (CVA, trauma, amputatie en overig) en diagnosekenmerken binnen deze diagnosecategorie.
- Patiëntkenmerken als leeftijd en geslacht.
- Regiokenmerken. Het regiokenmerk wordt in het vereveningsmodel gebruikt en kent per regio een score toe op basis van stedelijkheid, gemiddeld inkomen, aandeel alleenstaanden, gestandaardiseerde sterfte, nabijheid van ziekenhuizen, huisartsen en verpleeghuizen.

De gemiddelde opnameduur wordt als volgt berekend:

- De basis zijn de goedgekeurde declaraties van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2026 voor klanten van Zilveren Kruis (incl. FBTO, De Friesland en overige aanverwante labels).
- De gemiddelde opnameduur van de zorgaanbieder is het gemiddelde van alle geïnccludeerde verzekerden, rekening houdend met variatie in patiëntpopulatie.
- Trajecten van 0-7 dagen en langer dan 120 dagen worden uitgesloten. Door deze afbakening vergelijken we een meer homogene doelgroep.

De categorie waarin zorgaanbieders op basis van bovenstaande worden ingedeeld heeft impact op de hoogte van het tweejarige tariefvoorstel voor de jaren 2027 en 2028.

U kunt kiezen voor een verbeterafpraak op de gemiddelde DBC-prijs in 2027 en 2028.

Grote zorgaanbieders kunnen in VECOZO voor een tariefopslag kiezen. Hier staat tegenover dat de gemiddelde trajectprijs gedurende 2027 en 2028 wordt verlaagd ten opzichte van de gemiddelde trajectprijs van het referentiejaar 2026.

De afname in gemiddelde trajectprijs wordt als volgt berekend:

- Voor de berekening van de gemiddelde trajectprijs worden de goedgekeurde declaraties van klanten van Zilveren Kruis inclusief aanverwante labels gebruikt, excl. declaraties electieve orthopedie.
- Voor het referentiejaar gelden declaraties met startdatum 1 januari 2026 tot en met 31 december 2026. Voor de vergelijking wordt geïndexeerd naar het prijsniveau voor 2028.
- Op de totale productie van 2027 en 2028 verwachten we een procentuele verlaging te zien in de gemiddelde trajectprijs zoals opgenomen in de afspraak. Dit heeft betrekking op de declaraties met startdatum 1 januari 2027 tot en met 31 december 2028. De productie van 2027 wordt voor de vergelijking geïndexeerd naar het prijsniveau van 2028. Het totaal gedeclareerde bedrag 2027-2028 wordt gedeeld door het totaal aantal trajecten om tot een gemiddelde trajectprijs 2027-2028 te komen.
- Het procentuele verschil in trajectprijs opgenomen in de afspraak betreft de verandering in de gemiddelde geïndexeerde trajectprijs tussen referentiejaar en contractperiode.

Wij hanteren twee aanvullende voorwaarden.

- De afgesproken omzetplafonds blijven ongewijzigd.
- De verhouding in diagnosegroepen (CVA, Trauma, Amputaties en Overig) is niet significant (meer dan 5% op aantal trajecten) en zonder overleg met Zilveren Kruis gewijzigd.

Uiterlijk 30 september 2029 stellen wij vast in hoeverre de aanvullende afspraak behaald is.

- Een voorlopig referentiekader van de gemiddelde trajectprijs wordt in juni 2027 gedeeld, het definitieve referentiekader in september 2027.
- Uiterlijk 30 september 2029 stelt Zilveren Kruis vast of de verlaging van de gemiddelde trajectprijs is behaald.
- De tariefopslag is onderdeel van het afgesproken tarief gedurende de overeenkomst. Mocht de verlaging van de gemiddelde trajectprijs niet zijn gehaald, dan betaalt de zorgaanbieder naar rato de opslag terug aan Zilveren Kruis.
- Indien de verbetering wel is behaald, vindt er geen financiële verrekening plaats over de verbeterafpraak.

Bijlage 3: Financieel beleid ELV

Het financieel beleid ELV bouwt voort op het beleid van eerdere jaren.

Per prestatie stellen we de tarieven vast als percentage van het NZa-maxtarief.

Het basistarief voor de prestaties ELV laag complex en ELV hoog complex is per zorgaanbieder op basis van omvang en doelmatigheidscategorie vastgesteld. Voor reguliere zorgaanbieders is voor ELV laag complex en ELV hoog complex een gemiddeld basistarief vastgesteld. Voor de prestaties ELV palliatieve zorg, ELV gesloten herstel en ELV Wernicke Korsakov geldt een vast basistarief. Hierbij is voor alle prestaties rekening gehouden met de indexatie zoals in de meest actuele NZa prestatie- en tariefbeschikking Eerstelijnsverblijf is bepaald.

De doelmatigheidscategorie wordt vastgesteld op basis van gemiddelde opnameduur.

Grote zorgaanbieders zijn in een doelmatigheidscategorie ingedeeld op basis van gemiddelde opnameduur op ELV laag complex en ELV hoog complex ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Omdat de samenstelling van de patiëntpopulatie van een zorgaanbieder van invloed is op de gemiddelde opnameduur corrigeren we voor deze verschillen door onder andere rekening te houden met:

- De verhouding in productie op de prestaties ELV laag complex en ELV hoog complex.
- Patiëntkenmerken als leeftijd en geslacht.
- Regiokenmerken. Het regiokenmerk wordt in het vereveningsmodel gebruikt en kent per regio een score toe op basis van stedelijkheid, gemiddeld inkomen, aandeel alleenstaanden, gestandaardiseerde sterfte, nabijheid van ziekenhuizen, huisartsen en verpleeghuizen.

De gemiddelde opnameduur wordt als volgt berekend:

- De basis zijn de goedgekeurde declaraties van 1 juni 2025 tot en met 31 mei 2026 met uiterlijke boekdatum 31 juli 2026 voor klanten van Zilveren Kruis (incl. FBTO, De Friesland en overige aanverwante labels).
- De gemiddelde opnameduur van de zorgaanbieder is het gemiddelde van alle geïnccludeerde verzekerden, rekening houdend met variatie in patiëntpopulatie.
- Trajecten op ELV laag complex van 0-7 dagen en op ELV hoog complex van 0-14 dagen worden uitgesloten. Door deze afbakening vergelijken we een meer homogene doelgroep.
- Langdurige opnames (90 dagen of langer voor zowel ELV laag complex als ELV hoog complex) worden uitgesloten.

De categorie waarin zorgaanbieders worden ingedeeld heeft impact op zowel de hoogte van het tariefvoorstel, als de mogelijke ruimte voor overproductie.

U kunt kiezen voor een verbeterafspraken op de gemiddelde opnameduur in 2027 en 2028.

Grote zorgaanbieders kunnen in VECOZO voor een tariefopslag kiezen. Hier staat tegenover dat de gemiddelde opnameduur gedurende 2027 en 2028 wordt verlaagd ten opzichte van de gemiddelde opnameduur in het referentiejaar 2026.

De afname in gemiddelde opnameduur wordt als volgt berekend:

- Voor de berekening van de gemiddelde opnameduur worden de goedgekeurde declaraties ELV laag complex en ELV hoog complex van klanten van Zilveren Kruis inclusief aanverwante labels gebruikt. Trajecten op ELV laag complex van 0-7 dagen en op ELV hoog complex van 0-14 dagen worden uitgesloten. Daarbij worden ook langdurige opnames (90 dagen of langer voor zowel ELV laag complex als ELV hoog complex) uitgesloten.
- Voor het referentiejaar gelden declaraties met startdatum 1 januari 2026 tot en met 31 december 2026.
- Op de totale productie van 2027 en 2028 verwachten we de afgesproken verlaging te zien in de gemiddelde opnameduur. Dit heeft betrekking op de declaraties met startdatum 1 januari 2027 tot en met 31 december 2028. Het totaal aantal ligdagen 2027-2028 wordt gedeeld door het totaal aantal opnames om tot een gemiddelde opnameduur 2027-2028 te komen.
- Het procentuele verschil in opnameduur opgenomen in de afspraak betreft de verandering in de gemiddelde opnameduur tussen referentiejaar en contractperiode.

Wij hanteren hierbij een aanvullende voorwaarde.

- De afgesproken omzetplafonds blijven ongewijzigd.

Uiterlijk 1 juli 2029 stellen wij vast in hoeverre de aanvullende afspraak behaald is.

- Een definitief referentiekader van de gemiddelde opnameduur wordt in juni 2027 gedeeld.
- Uiterlijk 1 juli 2029 stelt Zilveren Kruis vast of de verlaging van de gemiddelde opnameduur is behaald.
- De tariefopslag is onderdeel van het afgesproken tarief gedurende de overeenkomst. Mocht de verlaging van de gemiddelde opnameduur niet zijn gehaald, dan betaalt de zorgaanbieder naar rato de opslag terug aan Zilveren Kruis.
- Indien de verbetering wel is behaald, vindt er geen financiële verrekening plaats over de verbeterafpraak.

Bijlage 4: Afbakening vormen van tijdelijk verblijf

Wij blijven inzetten op een zorgvuldige en onderbouwde afweging tussen ELV of GRZ.

We vinden het belangrijk dat de zorg wordt ingezet die het best passend is bij de zorgvraag en de gezondheidsdoelen van onze klanten. Een goede triage, indicatiestelling en zorgvuldige afweging zijn hierbij cruciaal. De zorgvraag is hierbij altijd leidend en nooit de gewenste financiering. Wij verwachten van zorgaanbieders dat de onderbouwde afweging is opgenomen in het zorgdossier van de klant.

Voor een juiste triage en indicatiestelling kunt u gebruik maken van de volgende instrumenten:

- Het '[Afwegingsinstrument voor opname Eerstelijnsverblijf 2.0](#)' van Significant is een hulpmiddel bij triage-en indicatiestelling voor verschillende vormen van tijdelijk verblijf.
- Het '*Triage instrument geriatrie revalidatiezorg*' van Verenso.
- Het '*Verwijskader en medisch zorg Eerstelijnsverblijf*' van ActiZ en de LHV.

Toch kan het in sommige gevallen moeilijk zijn om meteen de juiste afweging voor passende zorg te maken. Daarom lichten wij hieronder de afbakening tussen verblijfsvormen toe.

Allereerst lichten we de verschillende (tijdelijke) verblijfsvormen binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) toe. Daarna volgt een afbakening van tijdelijk verblijf vallend onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De informatie is afkomstig uit o.a. het Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0. Indien andere bronnen zijn gebruikt wordt hier specifiek naar verwezen.

1. Zorgverzekeringswet (Zvw)

Onder de Zvw vallen meerdere vormen van geneeskundige zorg waarbij [verblijf](#) nodig is. Bijvoorbeeld verblijf in een ziekenhuis, een revalidatie-instelling, of een GGZ-instelling. Tijdens dit verblijf is de medisch-specialist verantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt. Binnen het eerstelijnsverblijf draagt een huisarts de medische verantwoordelijkheid voor de patiënt. Dit kan ook een specialist ouderengeneeskunde (SO) of een arts verstandelijk gehandicapten zijn (AVG).

1.1. Geriatrie revalidatiezorg (GRZ)

GRZ ¹ omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit met als doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij van de verzekerde.

GRZ wordt gekenmerkt door 5 diagnosegroepen, ieder met een eigen zorg- en tijdspad:

- **Cerebro vasculair accident (CVA):** Geriatrie revalidant die doorgaans na ziekenhuisopname voor een CVA wordt doorverwezen voor GRZ;
- **Trauma:** Geriatrie revalidant die bijvoorbeeld door een val een heup- of bovenbeenfractuur heeft opgelopen en doorgaans na ziekenhuisopname wordt doorverwezen;
- **Electieve orthopedie:** Geriatrie revalidant die een planbare operatie ondergaat voor gewrichtsvervanging van de heup, knie of schouder en verder dient te revalideren;
- **Amputatie:** Geriatrie revalidant bij wie een lichaamsdeel chirurgisch is afgezet en die tijdelijk nog niet naar huis kan om daar te revalideren;
- **Overig:** Geriatrie revalidant die doorgaans na ziekenhuisopname wordt doorverwezen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) of oncologische revalidanten.

¹ Artikel 2.5c Besluit Zorgverzekering wetten.nl - [Regeling - Besluit zorgverzekering](#) - BWBR0018492

Het Zorginstituut Nederland duidt de doelgroep binnen de GRZ als volgt²: GRZ is bedoeld voor kwetsbare ouderen. Een behandeling wordt ingezet met het oog op verwacht herstel of het verbeteren van het participeren en functioneren van de verzekerde. Om voor GRZ in aanmerking te komen moet er sprake zijn van:

- Kwetsbaarheid
- Complexe multimorbiditeit

Zilveren Kruis duidt kwetsbaarheid als volgt: Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname en overlijden)³.

Zilveren Kruis duidt complexe multimorbiditeit als volgt: Als er sprake is van meerdere ziekten, stoornissen, beperkingen of handicaps is er sprake van multimorbiditeit. We spreken van complexe multimorbiditeit als het moeilijk is om te onderscheiden hoe de verschillende ziekten of beperkingen afzonderlijk bijdragen aan verlies van welbevinden. De patiënt heeft behoefte aan een integrale en multidisciplinaire aanpak van de zorg die rekening houdt met de andere aandoeningen. De zorgverlening moet onderling goed afgestemd worden².

Zilveren Kruis stelt minimaal de volgende eisen aan de beschrijving van de revalidatiedoelstellingen: Wij verwachten van zowel de verwijzer als de GRZ-zorgaanbieder dat er een zorgvuldige afweging wordt gemaakt in de verwijzing en triage waarbij een duidelijke toegevoegde waarde van GRZ blijkt aan het totale zorgpad van de klant².

Op individueel niveau moet er minimaal aangetoond kunnen worden dat:

- Na het vaststellen van het revalidatieplan met doelen en zorgactiviteiten, op periodieke wijze de voortgang hiervan wordt geborgd middels een tweewekelijks multidisciplinair overleg (MDO). Hierbij hoort iedere keer ook de vraag te worden beantwoord in hoeverre terugkeer naar huis nog een reële mogelijkheid is. De overwegingen over zorgvraagontwikkeling en prognose worden vastgelegd in het zorgdossier.
- Bij de start van opname in de GRZ-instelling wordt door (of onder supervisie van) de specialist ouderengeneeskunde een revalidatieplan opgesteld. (Evaluatie)doelen, zorgactiviteiten en termijnen worden SMART geformuleerd. In het MDO vastgestelde zorgvraagontwikkelingen kunnen leiden tot een wijziging in het revalidatieplan.

1.2. Eerstelijnsverblijf (ELV)

ELV is medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in een intramurale locatie van een (toegelaten) zorginstelling. Ook wel: 'verblijf in verband met zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit arsenaal omvat een verscheidenheid aan activiteiten, bijvoorbeeld: observeren, bewaken, diagnosticeren en medicatie toedienen. Zorg in ELV is gericht op herstel van de patiënt en de situatie/context waarin deze zich bevindt en daarmee de terugkeer naar huis. ELV is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg is aangewezen. De zorg binnen het ELV is medisch noodzakelijk en kortdurend. Dit staat, naast de wettelijke kaders, verder omschreven in de [duiding van het Zorginstituut Nederland](#).

1.2.1. ELV laag complex

De patiënt heeft een enkelvoudige aandoening en/of beperking die een bedreiging vormt/vormen voor de gezondheid van de patiënt. Er is verzorging en verpleging in de nabijheid, observatie, signalering en interventie nodig. De medische zorg in ELV laag complex bestaat uit zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden' al dan niet gepaard gaande met paramedische zorg.

1.2.2. ELV hoog complex

Bij de patiënt is sprake van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen. Er is vaak sprake van polyfarmacie en de mogelijke gevolgen daarvan. Er is multidisciplinaire behandeling nodig. De patiënt heeft verzorging en verpleging in de directe nabijheid nodig. De (multidisciplinaire) behandeling dient plaats te vinden in een op de specifieke doelgroep ingerichte omgeving. De zorg ondersteunt de ADL van de patiënt of neemt deze over. De verantwoordelijk arts neemt zowel de generalistische als de specialistische behandeling op zich. De medische zorg in ELV hoog complex richt zich

² [Geriatrische revalidatiezorg \(Zvw\) | Zorginstituut Nederland](#)

³ [SCP, 2011](#)

vooral op: functionele diagnostiek, prognostiek, het opstellen van een behandelplan met SMART geformuleerde doelen op basis van 'shared decision making' met de patiënt en het patiëntstelsel, regievoering tijdens het behandeltraject, verantwoordelijkheid nemen in de keten en zorgdragen voor adequate samenwerking, zoals vastgelegd in samenwerkingsafspraken. Afhankelijk van de problemen bij en van de patiënt kunnen professionals toegevoegd worden aan het multidisciplinair (zorg-)team.

1.2.3. ELV palliatief terminale zorg

Palliatief terminale zorg is mogelijk binnen het eerstelijnsverblijf onder de Zvw. De aangewezen verblijfsvorm kan het eerstelijnsverblijf zijn als de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten de verantwoordelijke arts is. Zorginhoudelijk spreken we van palliatief terminale zorg als de verantwoordelijke arts heeft aangegeven dat er sprake is van een levensverwachting van maximaal drie maanden⁴.

2. Respijtzorg binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Bij de keuze tussen respijtzorg en ELV gaat het om de vraag of er een behoefte is aan geneeskundige zorg. Als de medische situatie stabiel is, is respijtzorg op basis van de Wmo aan de orde. Respijtzorg is een gemeentelijke voorziening die tijdelijk als vervanging voor de eigen omgeving geldt. Planbare verpleging kan daarom op basis van de Zvw binnen de plaatselijke/ lokale voorzieningen geleverd worden. Bij het wegvallen van de mantelzorger zijn er verschillende overwegingen die tot de conclusie kunnen leiden dat er sprake is van een behoefte aan 'verblijf in verband met geneeskundige zorg'. Er is sprake van een indicatie voor het eerstelijns verblijf in plaats van respijtzorg bij een bevestigend antwoord op één of meerdere van de volgende vragen:

- Is er sprake van medische instabiliteit in de zin van behoefte aan een 'wakend oog'; dreigende gezondheidsverlies, en/of
- Is er een behoefte aan onplanbare verpleging, en/of
- Is er een behoefte aan verzorging in de zin van het overnemen van ADL-verrichtingen?

3. Tijdelijk verblijf binnen de Wet langdurige zorg (Wlz)

3.1 Wlz logeerszorg

[Logeeropvang](#) is kortdurend verblijf voor mensen met een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb) vanuit de Wlz om één of meer mantelzorgers te ontlasten van de zorg van verzekerde. Bij logeeropvang gaat het om logeren in een voor klantbeschermende woonomgeving waarin hij samenhangende zorg ontvangt. Klanten met een vpt of mpt kunnen logeeropvang alleen afnemen bij een door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieder.

3.2. Crisisopname V&V Wlz

[Crisiszorg](#) is zorg die acuut nodig is en dus direct ingezet moet worden. Er is sprake van crisis in de volgende situaties:

- Wanneer de gezondheidssituatie van een klant plotseling verandert, ongeacht of de klant thuis woont of in een instelling verblijft.
- Wanneer de informele hulp plotseling verandert, bijvoorbeeld door het wegvallen van de mantelzorg en dit leidt tot een substantieel andere inhoud (functie en/of plaats) en omvang van de nodige zorg.
- Wanneer het noodzakelijk is om opname binnen 24 uur (verpleging en verzorging) in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's voor de klant, zijn gezin en/of woonomgeving te voorkomen.

Voor crisiszorg in de verpleging en verzorging gelden de volgende eisen:

- De klant heeft een Wlz-indicatie of de aanvrager van de crisisopname verwacht dat de klant een Wlz-indicatie krijgt binnen twee weken en met terugwerkende kracht per opnamedatum.
- Er is sprake van een acute en naar verwachting permanente verandering.
- Gevaarscriterium is duidelijk aanwezig.
- Binnen 24 uur is zorg met verblijf noodzakelijk.

⁴ Zorginstituut Nederland, [Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet](#)

Versnelde procedure voor Wlz-indicatie na opname in het [ELV](#) of in de GRZ: Klanten die in een ELV verblijven kunnen, indien blijkt dat zij niet meer naar huis kunnen, een Wlz-indicatie aanvragen. De ingangsdatum van de zorg kan liggen vóór de afgiftedatum van het indicatiebesluit als er sprake is van een aanvraag voor Wlz zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie en aansluitend aan eerstelijnsverblijf.

Vanuit het ELV is een spoedaanvraagprocedure mogelijk voor een Wlz-indicatie. Hiervoor geldt een afhandeltermijn van twee weken in plaats van de wettelijke termijn van zes weken.

3.3. Zorgprofiel VV9B

Zorgprofiel VV9B is herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling. Dit zorgprofiel is bedoeld voor mensen:

- Waar verblijf met behandeling in de Wlz van toepassing is, of waar bij aanvang van de herstelgerichte behandeling al vaststaat dat de klant na het traject is aangewezen op verblijf met behandeling vanuit de Wlz.
- Die medisch specialistische diagnostiek/interventie hebben gehad (meestal tijdens een opname in het ziekenhuis) en waarbij deze medisch specialistische diagnostiek/interventie - ook van comorbiditeit en multimorbiditeit - is afgerond, én
- Die aansluitend tijdelijk een herstelgerichte behandeling nodig hebben vanuit een integrale en multidisciplinaire aanpak; omdat de verwachting is dat de persoon in die tijdelijke periode kan herstellen en/of een aantal vaardigheden kan leren en trainen waardoor hij beter kan functioneren. Een specifieke benadering is nodig vanwege problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies, én
- Waarbij het functioneren niet zodanig kan verbeteren dat hij op termijn zonder permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid kan (om escalatie dan wel ernstig nadeel te voorkomen). Relevant is dus dat de persoon ook na de herstelgerichte behandeling is aangewezen op de Wlz.
- Voor deze mensen is het [zorgprofiel VV9B](#) aan de orde voor maximaal 6 maanden.